

טופס הצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי של עובדי קרון קיימת לישראל ובני משפחותיהם

טופס זה מיועד:

לעובדים ותיקים (120 יום ותק בק"ל) ובני משפחותיהם המצטרפים לביטוח או מרחיבים את הכיסויים החל מיום 01/08/2023

או לבני משפחות המצטרפים לביטוח מחלות קשות

העובדים מבוטחים ברובדי הבסיס בריאות ומחלות קשות והרחבה במסלול מהשקל הראשון במימון המעסיק כולל שווי מס תאריך תחילת עבודה _____

א. פרטי העובד/ת ובני המשפחה המועמדים לביטוח

מגדר	תכנית שב"ן	קופת חולים	תאריך לידה	ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה	הקרבה
נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>							עובד/ת
נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>							בן /בת זוג
נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>							ילד/ה 1
נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>							ילד/ה 2
נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>							ילד/ה 3
נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>							ילד/ה 4

תכנית הביטוח המבוקשת				הקרבה
הרחבה משלים שב"ן	הרחבה שקל ראשון	מחלות קשות	בסיס	
	✓	✓	✓	עובד/ת
				בן /בת זוג
				ילד/ה 1
				ילד/ה 2
				ילד/ה 3
				ילד/ה 4

* אם המועמד לביטוח נמצא במעבר בין קופ"ח או ללא תכנית שב"ן-יש לצרף אישור מקופ"ח

השתלות בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

רובד חובה בטרם רכישת הרחבות

פיצוי למקרה גילוי מחלה קשה

ניתוחים מהשקל הראשון באמצעות נותן שירות שבהסכם, כתב שירות רפואה משלימה ושירותים רפואיים נוספים ניתוחים בישראל משלים שב"ן, כתב שירות רפואה משלימה ושירותים רפואיים נוספים

רובד בסיס בריאות

רובד בסיס - מחלות קשות

רובד הרחבה - מסלול ניתוחים מהשקל הראשון

רובד הרחבה - מסלול ניתוחים משלים שב"ן

שם העובד/ת	ת.ז.	תאריך	חתימה

ב. פרטי התקשרות - חובה למלא לעובד/ת / בן/בת זוג וילדים שגילם 21 ומעלה

				העובד/ת (מבוטח ראשי)
טלפון נייד	דוא"ל	מיקוד	ישוב	כתובת (רחוב ומס' בית)
<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבוטח ראשי				בן / בת הזוג
טלפון נייד	דוא"ל	מיקוד	ישוב	כתובת (רחוב ומס' בית)
<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבוטח ראשי				שם ילד/ה מגיל 21 ומעלה
טלפון נייד	דוא"ל	מיקוד	ישוב	כתובת (רחוב ומס' בית)
<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבוטח ראשי				שם ילד/ה מגיל 21 ומעלה
טלפון נייד	דוא"ל	מיקוד	ישוב	כתובת (רחוב ומס' בית)
<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבוטח ראשי				שם ילד/ה מגיל 21 ומעלה
טלפון נייד	דוא"ל	מיקוד	ישוב	כתובת (רחוב ומס' בית)

ג. אופן קבלת מסמכי דיווח והודעות תפעוליות:

אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה אליי מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין), בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל, באמצעות:

<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני לכתובת המצוינת בטופס זה	<input type="checkbox"/> דואר רגיל לכתובת המצוינת בטופס זה	<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני לכתובת המצוינת בטופס זה	<input type="checkbox"/> דואר רגיל לכתובת המצוינת בטופס זה
		עובד/ת (מבוטח/ת ראשי/ת)	
		בן / בת זוג	

לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות לעיל, יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה. ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכות כל החברות מקבוצת כלל, עבור כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצה, וישמשו לביצוע פניות אליי. ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים, ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון *5454

ד. הבהרה למועמדים לביטוח:

אופן קבלת מסמכי דיווח והודעות תפעוליות: לרבות טופס גילוי נאות, דף פרטי ביטוח, דיווח שנתי, הודעות, מכתבים ופניות בנוגע לניהול השוטף ומסמכים הנדרשים על פי דין, ביחס לכל פוליסות הבריאות של כל המועמדים בחטיבת הבריאות: מסמכים אלו יישלחו באמצעות מסרון לטלפון הנייד, או לדואר האלקטרוני (ככל וברשות חברת הביטוח מצויים הפרטים הנדרשים), אחרת יישלחו לכתובת המגורים שצויינה בטופס ההצטרפות. ניתן לשנות את אופן המשלוח, בכל עת, באמצעות פנייה למוקד השירות של כלל בטלפון *5454 או באופן עצמאי דרך האזור האישי באתר החברה.

שם העובד/ת	ת.ז.	תאריך	חתימה

ה. הצהרות

1. אני מצהיר/ה כי כל תשובותיי כמפורט בהצעה, נכונות וכנות. ידוע לי שתשובותיי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש, ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
2. ידוע לי כי בהתאם להוראות החוק, תשובה בלתי מלאה וכנה עלולה לגרום לביטול הפוליסה ו/או לגרום לתגמולי ביטוח מופחתים ו/או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי ביטוח.
3. עוד ידוע לי ואני מאשר לחברת אלקיל להעביר בשמי ומטעמי מידע הנוגע אלי ואל בני משפחתי לחברת הביטוח, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי דין ולפי הפוליסה.
4. אני מאשר/ת כי קיבלתי את דף מידע מהותי לקראת הצטרפות לביטוח הקבוצתי, אשר צורף לטופס הצטרפות זה.
5. למבוטחים במסלול משלים לשב"ן - ידוע לי כי:
 - 5.1 הכיסוי בפרק ניתוחים בישראל משלים שב"ן (להלן "הפרק") מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שרותי בריאות נוספים בקופות החולים), כלומר המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפרק.
 - 5.2 למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח/ת לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן, וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפרק.
 - 5.3 דמי הביטוח בפרק זה נמוכים מדמי הביטוח בפרק ניתוחים בישראל ומחליפי ניתוח בישראל (השקל הראשון) (להלן: "ניתוחים מהשקל הראשון"), (פרק אשר תגמולי הביטוח המשולמים במסגרתו הם בלא תלות בזכויות המגיעות מהשב"ן).
 - 5.4 בעת סיום החברות בתכנית השב"ן, זכאית המבוטח/ת לפנות למבטח ולבקש לעבור לפרק ניתוחים מהשקל הראשון, בתוך 60 יום ממועד הודעת קופת החולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין השניים.

תאריך	חתימת מועמד ראשון	5.5
_____	_____	
תאריך	חתימת מועמד שני	
_____	_____	
תאריך	חתימת ילד/ה מגיל 18 ומעלה	
_____	_____	
תאריך	חתימת ילד/ה מגיל 18 ומעלה	
_____	_____	
תאריך	חתימת ילד/ה מגיל 18 ומעלה	
_____	_____	

ו. הרשאה לחיוב

ידוע לי, כי מעבידי יממן עבורי את עלות הביטוח ויגלם את שווי המס על ההטבה שניתנה לי, בהתאם למפורט בהסכם. במידה שבקשתי לצרף את בני משפחתי לביטוח, תשולם הפרמיה בגבייה מרוכזת מהשכר

שם העובד/ת	ת.ז.	תאריך	חתימה

ז. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

רשות שוק ההון הקימה את אתר "הר הביטוח", אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לצפות במרוכז בכל מוצרי הביטוח שלך, בכל חברות הביטוח בישראל, וזאת על בסיס נתונים שאנו מעבירים אליהם. ככל שאינך מעוניין/ת שנעביר נתונים אלה, לאחר הפקת הפוליסה, עליך ליצור עמנו קשר באמצעות מוקד שירות הלקוחות בטלפון שמספרו *5454. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לצפות במרוכז בכל מוצרי הביטוח שברשותך, בכל חברות הביטוח בישראל, המופיעות באתר "הר הביטוח".

הצהרת בריאות לביטוח בריאות

עבור עובדי קרן קיימת לישראל ובני משפחותיהם

לתשומת ליבך - יש להתייחס לכל המידע הרפואי הרלוונטי לגביך, כולל זה שנובע/קשור לביקורים אצל רופאים/מכונים פרטיים. מענה שאינו מלא, נכון וכנה יכול לפגוע בך במעמד התביעה ואף עלול להוביל לביטול הפוליסה.

106												הצהרת בריאות			
תאריך מילוי הטופס				מועמד ראשון - תעודת זהות				מועמד ראשון - שם פרטי				מועמד ראשון - שם משפחה			
ילד 4		ילד 3		ילד 2		ילד 1		1. פרטים כלליים				מועמד 2		מועמד 1	
								שמות המועמדים							
								גובה (בס"מ)							
								משקל (בק"ג)							
כן		לא		כן		לא		2. שאלון מבוא כללי ושאלון עישון ↓ אות שאלון				כן		לא	
								האם הנך מעשן סיגריות? נא ציין כמות סיגריות ליום							
								האם עברת או הומלץ לך על גמילה מאלכוהול?							
							א	האם צורך / צרכת סמים כעת או בעבר?							
							ב	האם ככל שידוע לך, אובחנה מחלה ו/או הפרעה אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה, הקשורים ללב, סרטן, כליות, סוכרת, מערכת העצבים, פוליפוזיס של המעי							
חתימות המצטרפים מגיל 18 ומעלה:															
_____												תאריך _____			
_____												תאריך _____			
_____												תאריך _____			
_____												תאריך _____			
_____												תאריך _____			

ילד 4		ילד 3		ילד 2		ילד 1		הצהרת בריאות – המשך		מועמד 2		מועמד 1			
קן	לא	קן	לא	קן	לא	קן	לא	אות שאלון ↓	האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחת או יותר מהמומים/ מחלות/ הפרעות? על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים.	קן	לא	קן	לא		
								ג	במערכת העצבים והמוח, עיכוב התפתחותי - לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורות, כאבי ראש, התעלפויות, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיגור, אוטיזם, הפרעות קשב וריכוז.	1					
								ד	בנפש - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח - ציקלותמיה, סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית - PTSD.	2					
								ה	בדרכי נשימה, ריאות - לרבות אסטמה, COPD - מחלת ריאות חסימתית, דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.	3					
								ו	בעור - לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור.	4					
								ז	בלחץ דם מערכת הלב וכלי הדם - לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב ו/או הולכה, איושה, פגיעה במסתמים, מום מולד, צינתור, טרומבוזה, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית - PVD.	5					
								ח	במערכת העיכול - לרבות החזר ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס, רקטוצלה ניתוח לקיצור קיבה.	6					
								ט	בקע / הרניה – לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או צלקת ניתוחית.	7					
								י	בכבד, במרה, בבלב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת - צירוזיס, אבנים בדרכי ו/או כיס מרה דלקת בלב - פנקריאטיטיס.	8					
								יא	בכליות בדרכי השתן, ערמונית - לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, אי ספיקה, כליה פוליציסטית, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית.	9					
חתימות המצטרפים מגיל 18 ומעלה:															
								חתימת מועמד ראשון		_____		תאריך		_____	
								חתימת מועמד שני		_____		תאריך		_____	
								חתימת ילד/ה מגיל 18 ומעלה		_____		תאריך		_____	
								חתימת ילד/ה מגיל 18 ומעלה		_____		תאריך		_____	
								חתימת ילד/ה מגיל 18 ומעלה		_____		תאריך		_____	

ילד 4		ילד 3		ילד 2		ילד 1		הצהרת בריאות – המשך		מועמד 2		מועמד 1			
כ	לא	כ	לא	כ	לא	כ	לא	האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחת או יותר מהמומים/ מחלות/ הפרעות? על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים.		כ	לא	כ	לא		
								אות שאלון ↓							
								יב	10	מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון - גאוט, FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/ פרולקטינימיה, הפרעות גדילה, הזעת יתר.					
								יג	11	בדם, בטחול, במערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון.					
								יד	12	מחלות זיהומיות, מחלות מין – לרבות איידס (גם נשאות), שחפת.					
								טו	13	מחלות ממאירות, גידולים ממאירים - לרבות גידול סרטני וטרומ סרטני.					
								טז	14	במערכת השלד והשרירים - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן - אוסטאופורוזיס/ אוסטאופניה, פרטס.					
								יז	15	במערכת הראיה - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מס' 7, אובאיטיס, קרטוקונוס.					
								יח	16	אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף פוליפים, שקדים, דלקות אוזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול.					
								יט	17	במערכת המין והרבייה - לרבות גוש בשד, הגדלת שדיים, דימומים בלא קשר למחזור, כעת בהריון, ניתוח קיסרי, רחם שרירני, צניחת רחם ו/או נרתיק, בעיות פריון (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיר, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.					
								כ	18	מחלות ראומטיות – (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית - אוסטאוארטרוזיס, דלקת מפרקים שיגרונתית - ראומטיד ארטריטיס, לופוס - זאבת, פיברומיאליגיה.					
חתימות המצטרפים מגיל 18 ומעלה:															
								תאריך		_____		תאריך		_____	
								תאריך		_____		תאריך		_____	
								תאריך		_____		תאריך		_____	
								תאריך		_____		תאריך		_____	
								תאריך		_____		תאריך		_____	

הצהרת בריאות – המשך								מועמד 2		מועמד 1			
ילד 4		ילד 3		ילד 2		ילד 1		אות שאלון ↓	האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחת או יותר מהמומים/ מחלות/ הפרעות? על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים.	כן	לא	כן	לא
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא						
								האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע. נא פרט את שם התרופה ואת הסיבה:	1				
								האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? נא פרט:	2				
							כא כב	האם ב- 5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה עם ממצאים חריגים?	3				
							כג	האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות	4				
								האם נעדרת מעבודתך עקב מחלה או תאונה למעלה מחודש ימים בשנה האחרונה?	5				
								האם הנך סובל או סבלת מאי שליטה על סוגרים או נפילות חוזרות?	6				
								האם הנך מתקשה לבצע בכוחות עצמך אחת או יותר מהפעולות הבאות: ללכת, לקום, לשכב, להתלבש ו/או להתפשט, לאכול ו/או לשתות, להתגלח ו/או להתרחץ	7				

חתימות המצטרפים מגיל 18 ומעלה:

_____	חתימת מועמד ראשון	_____	תאריך
_____	חתימת מועמד שני	_____	תאריך
_____	חתימת ילד/ה מגיל 18 ומעלה	_____	תאריך
_____	חתימת ילד/ה מגיל 18 ומעלה	_____	תאריך
_____	חתימת ילד/ה מגיל 18 ומעלה	_____	תאריך