

טופס הצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי של עובדי דיויד שילד אחזקות ובני משפחותיהם

טופס זה מיועד:

לעובדים המרחיבים את הביטוח או מצרפים בני משפחה לביטוח החל מ 01/04/2023 ובתום 90 יום מתחילת העסקתם.

פרטי העובד/ת עד גיל 68 - מועמד ראשון (מבוטח ראשי) - מבוטח/ת ברובד הבסיס במימון המעסיק

שם משפחה		שם פרטי		תאריך תחילת עבודה		תעודת זהות	
דוא"ל		טלפון		ת. לידה		מין	
@						<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
קופת חולים*				תכנית שב"ן*			
				<input type="checkbox"/> כן, שם תכנית _____ <input type="checkbox"/> לא			

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

- הנני מעוניין להרחיב את הביטוח מעבר לרובד הבסיס ולהצטרף לרובד ההרחבה במסלול ניתוחים מהשקל הראשון הכולל: שירותים אמבולטוריים וניתוחים בישראל מהשקל הראשון
- הנני מעוניין להרחיב את הביטוח מעבר לרובד הבסיס ולהצטרף לרובד ההרחבה במסלול ניתוחים מעל השב"ן הכולל: שירותים אמבולטוריים וניתוחים בישראל משלים לשב"ן,

פרטי בן/בת הזוג של העובד/ת עד גיל 68 - מועמד שני

שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות			
דוא"ל		טלפון		ת. לידה			
@							
קופת חולים*				תכנית שב"ן*			
				<input type="checkbox"/> כן, שם תכנית _____ <input type="checkbox"/> לא			

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

- הנני מעוניין לצרף את בן / בת הזוג לביטוח ברובד הבסיס בלבד הכולל: השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן בסל הבריאות, הרחבה לתרופות וניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
- הנני מעוניין להרחיב את הביטוח מעבר לרובד הבסיס ולצרף את בן / בת הזוג לרובד ההרחבה במסלול ניתוחים מהשקל הראשון הכולל: שירותים אמבולטוריים וניתוחים בישראל מהשקל הראשון
- הנני מעוניין להרחיב את הביטוח מעבר לרובד הבסיס ולצרף את בן / בת הזוג לרובד ההרחבה במסלול ניתוחים מעל השב"ן הכולל: שירותים אמבולטוריים וניתוחים בישראל משלים לשב"ן,

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:

מועמד ראשון דואר אלקטרוני לכתובת המצוינת בטופס זה דואר רגיל לכתובת המצוינת בטופס זה

מועמד שני דואר אלקטרוני לכתובת המצוינת בטופס זה דואר רגיל לכתובת המצוינת בטופס זה

לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה.

כתובת למשלוח דואר (עבור כל המועמדים לביטוח)

מיקוד	יישוב	מספר/ת"ד	רחוב

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*

שם העובד/ת
ת.ז.
תאריך
חתימה

ילדי העובדים / כלות / חתנים / נכדי העובדים – יש לציין את הקרבה לעובד

מין	קופת חולים*	ת. לידה	ת. זהות	שם משפחה ופרטי	הקרבה
ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>					
ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>					
ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>					
ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>					
ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>					
ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>					

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

- הנני מעוניין לצרף את בני משפחתי שפורטו לעיל להצטרף לביטוח ברובד הבסיס בלבד הכולל: השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן בסל הבריאות, הרחבה לתרופות וניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
- הנני מעוניין להרחיב את הביטוח מעבר לרובד הבסיס ולצרף את בני משפחתי שפורטו לעיל לרובד ההרחבה במסלול ניתוחים מהשקל הראשון הכולל: שירותים אמבולטוריים וניתוחים בישראל מהשקל הראשון
- הנני מעוניין להרחיב את הביטוח מעבר לרובד הבסיס ולצרף את בני משפחתי שפורטו לעיל לרובד ההרחבה במסלול ניתוחים מעל השב"ן הכולל: שירותים אמבולטוריים וניתוחים בישראל משלים לשב"ן,

נספח השלמת פרטי התקשרות - יש למלא את הפרטים הבאים עבור בני המשפחה שגילם 25 ומעלה

שם:			
טלפון נייד	דוא"ל	מיקוד	יישוב

שם:			
טלפון נייד	דוא"ל	מיקוד	יישוב

שם:			
טלפון נייד	דוא"ל	מיקוד	יישוב

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, בפנייה למוקד השירות של כלל בטלפון *5590 או באתר האישי.
 - הפרטים האישיים שמסרתי כמפורט לעיל (מספר טלפון נייד ו/או מספר טלפון נייד ו/או כתובת דואר אלקטרוני), יעודכנו במערכות כל החברות מקבוצת כלל עבור כל המוצרים הקיימים לי בקבוצה וישמשו לפניות אליי.

שם העובד/ת
ת.ז
תאריך
חתימה

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. אני מתחייב/ת לדווח למבטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום מילוי הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח בהתאם לכיסויים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי. ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על פי הפוליסה להיפגע.
4. ידוע לי כי אישורה או דחייתה על הצעתי זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח בכפוף להוראות הדין.
5. אני מאשר/ת כי קיבלתי את דף מידע מהותי לקראת הצטרפות לביטוח הקבוצתי, אשר צורף לטופס הצטרפות זה.
6. **למבוטחים במסלול מעל השב"ן**

ידוע לי כי

- 6.1 הכיסוי במסלול פרק הניתוחים מעל השב"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.
- 6.2 למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
- 6.3 דמי הביטוח בפרק זה נמוכים מדמי הביטוח בפרק הניתוחים המורחב – מסלול מלא, הכולל כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' (להלן: '**ביטוח מהשקל הראשון**'), ואשר תגמולי הביטוח המשולמים במסגרתו הם בלא תלות בזכויות המגיעות מהשב"ן.
- 6.4 בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי במסלול מהשקל הראשון, בתוך 60 יום ממועד הודעת קופת החולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין השניים.

חתימות המצטרפים מגיל 18 ומעלה:

	חתימת העובד/ת		תאריך
_____	חתימת בן/בת זוג	_____	תאריך
_____	חתימת ילד/ה מגיל 18 ומעלה	_____	תאריך
_____	חתימת ילד/ה מגיל 18 ומעלה	_____	תאריך
_____	חתימת ילד/ה מגיל 18 ומעלה	_____	תאריך

7. הרשאה לחיוב

ידוע לי כי מעבידי יממן את עלות הפרמיה ברובד הבסיס עבורי לרבות שווי המס על ההטבה שניתנה לי כאמור בהתאם למפורט בהסכם.
הואיל והצטרפתי לרובד ההרחבה ו/או צרפתי לביטוח גם את בן/בת זוגי ו/או את ילדיי, תשלום הפרמיה בגבייה אישית בכרטיס אשראי:

פרטי כרטיס אשראי

ויזה ישראלכרט דיינרס אמריקן אקספרס

שם בעל הכרטיס _____ ת.ז. _____ כתובת _____

מס' כרטיס אשראי _____

בתוקף עד _____/____/_____

תאריך	שם בעל הכרטיס	מספר זהות	חתימה X
-------	---------------	-----------	---------

ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

רשות שוק ההון הקימה 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 דיויד שילד בע"מ 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.

206												הצהרת בריאות					
מועמד ראשון – שם משפחה				מועמד ראשון – שם פרטי				מועמד ראשון – תעודת זהות				תאריך מילוי הטופס					
מועמד 1		מועמד 2		1. פרטים כלליים		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4					
				שמות המועמדים													
				גובה (בס"מ)													
				משקל (בק"ג)													
לא		כן		לא		כן		לא		כן		לא		כן		לא	
2. האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחת או יותר מהמומים/ מחלות/ הפרעות? על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים. אות שאלון ↓												לא		כן			
						ג											
						1											
						2											
						3											
						4											
						5											
						6											
מחלות מערכת העצבים ו/או המוח ו/או הנפש: לרבות אירוע מוחי, פרקינסון, אלצהיימר, דמנציה, הפרעות נפשיות, שיתוק, סחרחורות, התעלפויות, טרשת נפוצה ירידה בזיכרון אפילפסיה, פיגור שכלי, תסמונת דאון, הפרעות קשב, PDD, ניוון שרירים, הפרעות נפשיות, דיכאון, חרדה, סכיזופרניה, בעיות התפתחות ו/או בעיות גדילה...																	
עור: לרבות גידולי עור ונגעי עור, לרבות פסוריאזיס, אלרגיה.																	
מחלות לב וכלי דם: לרבות התקף לב, כאבים בחזה, הפרעות בקצב הלב, אי ספיקת לב, פגם במסתמי הלב, יתר לחץ דם.																	
מחלות דרכי העיכול: לרבות מחלת כבד, צהבת, הפטיטיס, מחלה כרונית או דימום במערכת העיכול, מחלת טחול או לבלב, בקע, הרניה מכל סוג.																	
מחלות כליות ודרכי השתן: לרבות אבנים, דם, חלבון או סוכר בשתן, הפרעות בערמונית.																	
מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון - גאוס, FMF, גושה, בעיה בבלוטות כולל בלוטת התריס																	
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	כ	לא	כ	לא	כ	לא	כ	לא							
<p>האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחת או יותר מהמומים/מחלות/הפרעות או בוצע הליך רפואי כלהלן? על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים אות שאלון ↓</p>																						
								יג	בדם, בטחול, במערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון, איידס				7									
								טו	מחלה ממארת ו/או גידול סרטני גידול שפיר /ואו טרום סרטני				8									
								טז	מחלות מערכת השלד והשרירים: לרבות אוסטיאופורוזיס, מחלות מפרקים, עצמות או שרירים, מחלות או ליקויים בעמוד השדרה, פריצת דיסק, מפרק ירך, ברך, קרסול, קטיעה.				9									
								יז	מחלות ראייה ועיניים לרבות קטרקט, גלאוקומה, ליקוי ראייה ניכר (משקפים מעל מס. 8)				10									
								יח	מחלות אף אוזן גרון, הפרעות נשימה: לרבות ליקויי שמיעה, דום נשימה בשינה.				11									
								יט	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.				12									
									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 (מגיל 3 ומעלה)				13									
תרופות וטיפולים:																						
									הנך נוטל תרופות באופן קבוע?				14									
								האם אושפזת בבית חולים ב 5 שנים האחרונות ?														
								האם נותחת ו/או הומלץ לך לעבור ניתוח ו/או מועמד לניתוח?														
								האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקה פולשנית ו/או הדמיה לרבות בדיקות לגילוי סרטן, מיפוי לב, צנתור, CT, MRI, ביופסיה?														
הרגלי עישון, סמים ואלכוהול:																						
									האם הנך מעשן? אם כן, _____ סיגריות במשך _____ שנים				15									
								האם עברת או הומלץ לך על גמילה מאלכוהול?														
								האם צורך / צרכת סמים כעת או בעבר?														
<p>ידוע לי כי המבטח יהא רשאי להתנות את קבלתי לביטוחים המבוקשים בתוספת חיתומית גבוהה מזו המפורטת לעיל ו/או בהחרגות שונות ו/או נוספות גם בגין מחלות ו/או מצבים בריאותיים שונים מאלו שפורטו לעיל.</p>																						
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	_____											