

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

לעובדים המרחיבים את הכיסויים ו/או המצרפים לביטוח את בני משפחותיהם עד 31/12/2022 או במהלך 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				<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				<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)

רחוב	מספר/ת"ד	יישוב	מיקוד

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:			
כתובת (רחוב ומס' בית)	יישוב	מיקוד	דוא"ל
טלפון נייד			

שם:			
כתובת (רחוב ומס' בית)	יישוב	מיקוד	דוא"ל
טלפון נייד			

שם:			
כתובת (רחוב ומס' בית)	יישוב	מיקוד	דוא"ל
טלפון נייד			

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.

חתימה

תאריך

ת.ז

שם העובד/ת

הצהרות

1. אני מצהיר/ה כי כל תשובותיי כמפורט בהצעה, נכונות וכנות. ידוע לי שתשובותיי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש, והיו 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 מאשר/ת כי קיבלתי את דף מידע מהותי לקראת הצטרפות לביטוח הקבוצתי, אשר צורף לטופס הצטרפות זה.
4. **למבוטחים במסלול מעל השב"ן**

ידוע לי כי

- 4.1 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.
- 4.2 למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
- 4.3 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.
- 4.4 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.

שם העובד/ת _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____

5. הרשאה לחיוב

ידוע לי כי מעבידי יממן את עלות הרובד הבסיסי של הפוליסה עבורי לרבות שווי המס על ההטבה שניתנה לי כאמור בהתאם למפורט בהסכם. הואיל והצטרפתי לרובד המורחב ו/או צרפתי לביטוח גם את בן/בת זוגי ו/או את ילדיי, תשולם הפרמיה ממועד הצטרפות לביטוח שהינו היום הראשון בחודש חתימתי מטה בטופס זה 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
-------	---------------	-----------	---------

שם העובד/ת _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____

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".