

**סופס הצטרפות לביטוח הבריאות של חברי עמותת גמלאי בזק ובני משפחותיהם**

**אופן ההצטרפות:**

גמלאים ובני זוגם עד גיל 75, ילדיהם, בני הזוג של ילדיהם ונכדיהם יוכלו להצטרף להסכם בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום. צירוף בני משפחה של חבר/ה בהתאם להסכם זה מותנה בביטוח החבר/ה לאותו רוברד ביטוחי, למעט אם החבר נדחה מהביטוח בהליך של חיתום שבוצע על ידי המבטח.

**פרטי הגמלאי/ת**

שם משפחה	שם פרטי	ת. תחילת חברות בארגון	תעודת זהות

מועמד ראשון (מבוטח ראשי) - גמלאי/ת, בן של גמלאי/ת / בת של גמלאי/ת מגיל 22 ומעלה  
(יש לציין את הקרבה)

שם משפחה	שם פרטי	ת. לידה	תעודת זהות
דוא"ל	טלפון	ת. הזכאות לביטוח	ת. תחילת עבודה
_____@_____			
מין			
נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
האם הנך מעשן/ת		קופת חולים*	תכנית שב"ן*
או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? (לעניין זה עישון יחשב גם: סיגריות, מקטרת, סיגריה אלקטרונית, נרגילה)			
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			כן, שם תכנית _____ לא <input type="checkbox"/>

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

- הנני מעוניין להצטרף לביטוח הכולל: ניתוחים בישראל משלים שב"ן
- הנני מעוניין להצטרף לביטוח הכולל: השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל; תרופות שאינן בסל הבריאות; הרחבה לתרופה נוספת; כתב שירות - רפואה משלימה, שירותים אמבולטוריים ובדיקת סקר תקופתית (לגמלאים בלבד עד גיל 80)

**פרטי בן/בת הזוג של המבוטח הראשי- מועמד שני**

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות
דוא"ל	טלפון	ת. לידה
_____@_____		
מין		
נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
האם הנך מעשן/ת		קופת חולים*
או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? (לעניין זה עישון יחשב גם: סיגריות, מקטרת, סיגריה אלקטרונית, נרגילה)		
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		כן, שם תכנית _____ לא <input type="checkbox"/>

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

- הנני מעוניין לצרף את בן / בת הזוג להצטרף לביטוח הכולל: ניתוחים בישראל משלים שב"ן
- הנני מעוניין לצרף את בן / בת הזוג לביטוח הכולל: השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל; תרופות שאינן בסל הבריאות; הרחבה לתרופה נוספת; כתב שירות - רפואה משלימה ושירותים אמבולטוריים

חתימה

תאריך

ת.ז.

המבוטח/ת הראשי/ת

\_\_\_\_\_

**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<br>לכתובת המצוינת בטופס זה | <input type="checkbox"/> דואר רגיל<br>לכתובת המצוינת בטופס זה |
| <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני<br>לכתובת המצוינת בטופס זה | <input type="checkbox"/> דואר רגיל<br>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

חתימה
תאריך
ת.ז.
המבוטח/ת הראשי/ת

\_\_\_\_\_

**ילדים של המבוטח/ת הראשית (ילדי הגמלאי או הנכדים) - צרף נכדים מחייב חתימת ההורה שלהם**

שם משפחה	שם פרטי	ת. זהות	ת. לידה	קופת חולים*	מין
					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"/>

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

- הנני מעוניין לצרף את ילדי להצטרף לביטוח הכולל: ניתוחים בישראל משלים שב"ן
- הנני מעוניין לצרף את ילדי לביטוח הכולל: השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל; תרופות שאינן בסל הבריאות; הרחבה לתרופה נוספת; כתב שירות - רפואה משלימה ושירותים אמבולטוריים

לא

כן, שמות המועמדים

האם אחד מהילדים המועמדים לביטוח מעשן/ת או לחילופין הפסיקה/ה לעשן במהלך השנתיים האחרונות?

**נספח השלמת פרטי התקשרות - חובה למלא את הפרטים הבאים עבור הילדים המועמדים לביטוח 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

המבוטח/ת הראשית

\_\_\_\_\_

**הצהרות**

1. אני מצהיר/ה כי כל תשובותיי כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות מלאות, 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.

**7. הרשאה לגבייה**

הריני נותן/ת בזאת הוראה לנכות מ: **קרן מקפת / הראל** (נא להקיף בעיגול) את דמי הפרמיה בגין ביטוח בריאות מידי חודש ולשלם הניכויים הללו לכלל חברה לביטוח בע"מ. הוראה זו תישאר בתוקף כל עוד לא ניתנה הוראת ביטול בכתב על ידי, בכפוף לתנאי הפוליסה.

**חתימות המצטרפים מגיל 18 ומעלה:**

	תאריך
חתימת המבוטח הראשי	
	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

**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".





מועמד 1				מועמד 2				הצהרת בריאות – המשך							
לא		כן		לא		כן		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
<p>האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחת או יותר מהמומים/ מחלות/ הפרעות? על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים.</p>															
<p>האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע ו/או מצוי במעקב רפואי. נא פרט</p>															
<p>האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? נא פרט</p>															
<p>האם ב- 5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה עם ממצאים חריגים? כא כב</p>															
<p>האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות כג</p>															
<p>האם הומלץ על אשפוז סיעודי ו/או ניתן לך טיפול סיעודי בבית ו/או במוסד, מקבל ו/או קיבלת גמלת סיעוד, משתמש בעזרי ניידות כדי ללכת, שימוש בקטטר לשתן/מעיים/קיבה או אחר, אי שליטה על סוגרים, נפילות חוזרות, מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות, להתרחץ, להתגלח, להתלבש, להתפשט, לקום, לשכב.</p>															

**חתימות המצטרפים מגיל 18 ומעלה:**

	חתימת המועמד הראשי		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
	חתימת ילד/ה מגיל 18 ומעלה		תאריך