



טופס הצטרפות לביטוח בריאות עבור עובדי שלטון המקומי ובני משפחותיהם

**פרטי העובד/ת**

שם משפחה		שם פרטי		ת. זהות		ת. לידה	
כתובת		טלפון		טלפון נייד		גובה	
קופת חולים		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם תכנית		משלים קופת חולים		מין	
נ / ז		מ / ז		מין		מין	

הנני מעוניין/ת להצטרף לתוכנית הביטוח;

בריאות חובה משפחתי (בסיסי)

בריאות חובה

בריאות מקיף מורחב  בריאות מקיף מעל השב"ן הנני מעוניין להרחיב;

◇ סיעוד: יחידת פיזיו בסך 4,000 / 6,000 ₪ לחודש (נא סמן את הסכום המבוקש) ◇ כתב שירות רפואה אלטרנטיבית.

**בן/בת הזוג**

שם בן/בת הזוג		ת. זהות		ת. לידה		גובה		משקל	
קופת חולים		משלים קופת חולים		מין		מין		מין	
נ / ז		נ / ז		נ / ז		נ / ז		נ / ז	

הנני מעוניין/ת לצרף את בן/ת הזוג לתוכנית הביטוח;

בריאות חובה משפחתי (בסיסי)

בריאות חובה

בריאות מקיף מורחב  בריאות מקיף מעל השב"ן הנני מעוניין להרחיב;

◇ סיעוד: יחידת פיזיו בסך 4,000 / 6,000 ₪ לחודש (נא סמן את הסכום המבוקש) ◇ כתב שירות רפואה אלטרנטיבית.

**ילדים מעל גיל 24**

שם הילד		ת. זהות		ת. לידה		קופת חולים		גובה		משקל		מין	
1.													
2.													

הנני מעוניין/ת לצרף את ילדיי לתוכנית הביטוח;

בריאות חובה משפחתי (בסיסי)

בריאות חובה

בריאות מקיף מהשקל הראשון  בריאות מקיף מעל השב"ן הנני מעוניין להרחיב;

◇ סיעוד: יחידת פיזיו בסך 4,000 / 6,000 ₪ לחודש (נא סמן את הסכום המבוקש) ◇ כתב שירות רפואה אלטרנטיבית.

**ילדים עד גיל 24**

שם הילד		ת. זהות		ת. לידה		קופת חולים		גובה		משקל		מין	
1.													
2.													
3.													
4.													

הנני מעוניין/ת לצרף את ילדיי לתוכנית הביטוח;

בריאות חובה משפחתי (בסיסי)

בריאות חובה מורחב (הכיסוי לניתוחים - לילדים בלבד)  בריאות חובה מעל השב"ן (הכיסוי לניתוחים - לילדים בלבד)

בריאות מקיף מורחב  בריאות מקיף מעל השב"ן הנני מעוניין להרחיב;

◇ סיעוד: יחידת פיזיו בסך 4,000 / 6,000 ₪ לחודש (נא סמן את הסכום המבוקש) ◇ כתב שירות רפואה אלטרנטיבית.

**• ילדים עד גיל 18 אינם מבוטחים בביטוח סיעודי**

משקל	גובה	ת. לידה	ת. זהות	שם ההורה
מין	משלים קופת חולים		קופת חולים	
נ / ז	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם תכנית			
משקל	גובה	ת. לידה	ת. זהות	שם ההורה
מין	משלים קופת חולים		קופת חולים	
נ / ז	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם תכנית			

הנני מעוניין/ת לצרף את הוריי לתוכנית הביטוח ;

- בריאות חובה  
 בריאות מקיף מורחב  בריאות מקיף מעל השב"ן ( ללא הרחבות לסיעוד ולכתב שרות אלטרנטיבי)

### הצהרות

1. אני החתום מטה מבקש, לבטח אותי ואת בני משפחתי עפ"י הצעה זו. אני מצהיר כי כל תשובותיי כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות מלאות וכנות. ידוע לי שתשובותיי שלי ושל בני משפחתי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש, ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. ידוע לנו שביטוח זה אינו מכסה תביעות אשר נובעות או קשורות בעקיפין למצב בריאות לקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף ותוך תקופת האכשרה.

### 2. למבוטחים במסלול מעל השב"ן, ידוע לי כי:

- 2.1 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.
- 2.2 למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
- 2.3 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.
- 2.4 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.

### הצהרת ויתור על סודיות רפואית:

אני החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ומוסדותיה הרפואיים או סניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, בתי החולים והמוסד לביטוח לאומי ולשלטונות צה"ל למסור ל"כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ" (להלן "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתירש ע"י "המבקש" על מצב בריאותי או של ילדי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, אני או ילדי, ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם, ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי, כנ"ל שלי או של ילדי, ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה יחול על ילדי הקטינים ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה. כתב ויתור זה מחייב אותי ואת עזבוני ואת באיי כוחי על פי דין ואת כל מי שיבוא במקומי.

חתימה	הקרבה	תאריך
_____	העובד/ת	_____
_____	בן/ת הזוג	_____
_____	ילד/ה מעל גיל 18	_____
_____	ילד/ה מעל גיל 18	_____
_____	ההורה	_____
_____	ההורה	_____



## הצהרת בריאות עבור ילדי עובדי השלטון המקומי עד גיל 24

### פרטי העובד/ת

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.הות	טלפון
----------	---------	---------	-------

הצהרת הבריאות חלה על כל אחד מהמועמדים לביטוח. אם אחת או יותר מהתשובות חיובית, נא לציין במי מדובר ולצרף מסמכים רפואיים עדכניים על מנת לאפשר חיתום מהיר. (אם חסר מקום לפירוט הבעיות הרפואיות, יש לפרט בדף נוסף ולצרף לטופס זה)

האם יש או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם, כדלהלן:								ילד/ה 1		ילד/ה 2		ילד/ה 3		ילד/ה 4	
								כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1. מערכת העצבים ו/או מחלת נפש ו/או אירוע מוחי (CVA)															
2. מחלות לב, כלי דם, לחץ דם, בעיות קרישת דם															
3. מחלות כבד ו/או כליות ו/או ריאות ו/או מחלה בעיניים ו/או הפרעת שמיעה															
4. סכרת המטופלת בדיאטה ו/או כדורים															
5. סכרת המטופלת באינסולין															
6. מחלות ממאירות או גידולים ממאירים															
7. האם ידוע לך על הצורך בביתוח או הומלץ לך על ביצוע ביתוח?															
8. האם אתה מקבל טיפול תרופתי קבוע?															
9. מחלות ו/או הפרעות מולדות (רצוי לצרף דוח' שחרור ילוד - לתינוק עד גיל חצי שנה)															

פירוט:

---



---



---



---



---



---

תאריך	הקרבה	חתימה
_____	העובד/ת	_____
_____	בן/ת הזוג	_____
_____	ילד/ה מעל גיל 18	_____
_____	ילד/ה מעל גיל 18	_____

לידי מחלקת שכר

### הוראה לניכוי דמי הביטוח מהמשכורת

הנני נותן/ת בזאת הוראה למחלקת השכר לנכות ממשכורתי מידי חודש פרמיות בגין הביטוח הרפואי עבורי ועבור בני משפחתי, כמפורט בטופס ההצטרפות אליו צורפה הוראה זו.

הוראה זו תישאר בתוקף כל עוד לא ניתנה הוראת ביטול בכתב על ידי ובכפוף לתקופה ולתנאים כפי שסוכם בהסכם שבין "כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ" לבין \_\_\_\_\_

שם משפחה	שם פרטי	ת. זהות	חתימה