

**טופס הצטרפות לביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי של חברי ועד מחוז ת"א והמרכז בלשכת עוה"ד ובני משפחותיהם**

**פרטי החבר/ה**

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

- הנני מעוניין להצטרף לרובד הבסיסי - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן בסל וכתבי שרות
- הנני מעוניין להצטרף לביטוח הבריאות המורחב - כיסוי ל ניתוחים פרטיים: (מותנה בהצטרפות לרובד הבסיסי)
  - במסלול ניתוחים מלא  במסלול ניתוחים משלים שב"ן
- הנני מעוניין להצטרף לביטוח הסיעוד ולרכוש: (מותנה בהצטרפות לכיסוי ניתוחים)
  - יחידת סיעוד אחת של 3500 ₪ עד 60 חודשים  2 יחידות סיעוד של 3500 ₪ עד 60 חודשים
- הנני מעוניין להרחיב את אורך תקופת הפיצוי לכל החיים:  יחידת פיצוי אחת  שתי יחידות פיצוי
- הנני מעוניין להרחיב את ביטוח הבריאות ולהוסיף:  שירותים אמבולטוריים (מותנה בהצטרפות לכיסוי ניתוחים)  רפואה משלימה (מותנה בהצטרפות לרובד הבסיסי)

**בן/בת הזוג**

נ / ז	משקל	גובה	ת. לידה	ת. זהות	שם בן/בת הזוג
מין					
					<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם תכנית _____
כתובת דוא"ל			משלים קופת חולים		קופת חולים

- הנני מעוניין לצרף את בן/בת זוגי לרובד הבסיסי - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן בסל וכתבי שרות
- הנני מעוניין לצרף את בן/בת זוגי לביטוח הבריאות המורחב - כיסוי ל ניתוחים פרטיים: (מותנה בהצטרפות לרובד הבסיסי)
  - במסלול ניתוחים מלא  במסלול ניתוחים משלים שב"ן
- הנני מעוניין לצרף את בן/בת זוגי לביטוח הסיעוד ולרכוש: (מותנה בהצטרפות לכיסוי ניתוחים)
  - יחידת סיעוד אחת של 3500 ₪ עד 60 חודשים  2 יחידות סיעוד של 3500 ₪ עד 60 חודשים
- הנני מעוניין להרחיב את אורך תקופת הפיצוי לכל החיים:  יחידת פיצוי אחת  שתי יחידות פיצוי
- הנני מעוניין להרחיב את ביטוח הבריאות בן/בת זוגי ולהוסיף:  שירותים אמבולטוריים (מותנה בהצטרפות לכיסוי ניתוחים)  רפואה משלימה (מותנה בהצטרפות לרובד הבסיסי)

**ילדים**

שם הילד	ת. זהות	ת. לידה	גובה	משקל	מין
1.					נ / ז
2.					נ / ז
3.					נ / ז

- הנני מעוניין לצרף את ילדי לרובד הבסיסי - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן בסל וכתבי שרות
- הנני מעוניין לצרף את ילדי לביטוח הבריאות המורחב - כיסוי ל ניתוחים פרטיים: (מותנה בהצטרפות לרובד הבסיסי)
  - במסלול ניתוחים מלא  במסלול ניתוחים משלים שב"ן
- הנני מעוניין לצרף את ילדי שגילם 3 ומעלה לביטוח הסיעוד ולרכוש: (מותנה בהצטרפות לכיסוי ניתוחים)
  - יחידת סיעוד של 3500 ₪ עד 60 חודשים  2 יחידות סיעוד של 3500 ₪ עד 60 חודשים
- הנני מעוניין להרחיב לילדיי שגילם 21 ומעלה את אורך תקופת הפיצוי לכל החיים:  יחידת פיצוי  2 יח' פיצוי
- הנני מעוניין להרחיב את ביטוח הבריאות לילדיי ולהוסיף עבורם:  שירותים אמבולטוריים (מותנה בהצטרפות לכיסוי ניתוחים)  רפואה משלימה (מותנה בהצטרפות לרובד הבסיסי)

חתימת החבר

תאריך

את המסמכים יש לשלוח באמצעות פקס: 03 - 925 1660 או 03 - 9247035

לשאלות וביירוים ניתן לפנות: יעקב אברהם 073 - 2364208, אטי משי 03 - 9251143 או 03 - 9258025

## הצהרת בריאות לביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי

### של חברי ועד מחוז ת"א והמרכז בלשכת עוה"ד ובני משפחותיהם

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)

שם המבוטח:												
האם יש או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם, כדלהלן:												
חברה		בן/ת זוג		ילד/ה 1		ילד/ה 2		ילד/ה 3		ילד/ה 4		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
												1. מחלות מערכת העצבים והמוח: לרבות אירוע מוחי, פרקינסון, אלצהיימר, דמנציה, הפרעות נפשיות, שיתוק, סחרחורות, התעלפויות, טרשת נפוצה ירידה בזיכרון.
												2. מחלת ריאות.
												3. מחלות לב וכלי דם: לרבות התקף לב, כאבים בחזה, הפרעות בקצב הלב, אי ספיקת לב, פגם במסתמי הלב, יתר לחץ דם.
												4. מחלות דרכי העיכול: מחלת כבד, צהבת, הפטיטיס, מחלה כרונית או דימום במערכת העיכול, מחלת טחול או לבלב.
												5. מחלות כליות ודרכי השתן: לרבות דם, חלבון או סוכר בשתן.
												6. מחלות חילוף חומרים ומערכת החיסון: לרבות סוכרת, אנמיה (חוסר דם), שומנים גבוהים (כולסטרול, טריגליצרידים) בדם, בעיות בקרישת דם, איידס.
												7. מחלות ממאירות: מחלה ממארת (סרטן).
												8. מחלות מערכת השלד והשרירים: לרבות אוסטיאופורוזיס, מחלות פרקים, עצמות או שרירים, מחלות או ליקויים בעמוד השדרה, פריצת דיסק, מפרק ירך, ברך, קרסול, קטיעה.
												9. מחלות עיניים, אוזניים, נשימה: לרבות קטרקט, גלאוקומה, ליקוי ראייה ניכר, ליקוי שמיעה, דום נשימה בשינה.
												10. מומים ונכויות: לרבות מום מולד או תאונתי, נכות ו/או גמלה מביטוח לאומי?
												11. לנשים: מחזור בלתי סדיר, דימומים, גושים או ציסטות בשדיים, בעיות פריון או גניקולוגיות אחרות.
												12. תרופות וטיפולים: האם הינך נוטלת ו/או נטלת תרופות ו/או מקבלת ו/או קיבלת טיפול רפואי?
												13. האם את/ה מוגבלת/ת בביצוע אחת מהפעולות האלה: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, להתרחץ, ללכת ולתפקד ללא עזרה? האם סבלת או הינך סובלת/ת מתשישות נפש או אלצהיימר? האם את/ה מקבלת ו/או קיבלת בעבר גמלת סיעוד מביטוח לאומי?
												14. אשפוזים וניתוחים: האם אושפזת ו/או נותחת או הומלך לך לעבור ניתוח?
												15. בדיקות: האם עברת בדיקות (פרט לשגרתיות) לרבות בדיקות לגילוי סרטן, מיפוי לב, צנתור, MRI, CT, ביופסיה?
												16. הרגלי עישון: האם הינך מעשן? אם כן, _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים.
												17. האם הינך צורך/ת אלכוהול האם הינך צורך/ת סמים או צרכת בעבר? או צרכת בעבר?

פירוט:

**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 (רובד מורחב במסלול ניתוחים משלים):**

**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.

**3. הצהרת ויתור על סודיות רפואית:**

**לכבוד המוסד לביטוח לאומי, קופות חולים, בתי חולים, מרפאות, רופאים וכל מאן דבעי**

הואיל ובקשתי להיות מבוטח על ידי "כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ" (להלן-"חברת הביטוח"), הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותיי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי. אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה ו/או עובד ו/או ב"כ ו/או חוקר ו/או רופא ו/או מומחה אחר של חברת הביטוח או מטעמה, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור. 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.

בחתמתי להלן, אני מאשר שאני מודע לכך, שאתם רשאים למסור את המידע כאמור על יסוד טופס זה.

**4. חתימות החברה/ ובני המשפחה המצטרפים להסכם שגילם 18 ומעלה**

שם	ת.ז.	תאריך	חתימה
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

אל: המוסד לביטוח לאומי (לשימוש כלל בריאות בעת תביעה) תאריך: \_\_\_\_\_

אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_, עובד / עורך דין של חברת הביטוח "כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ" מצהיר בזאת כי כתב ויתור הסודיות דלעיל הינו בתוקף וכי הוא לא בוטל מכל סיבה שהיא.

חתימת חברת הביטוח / עורך הדין

חתימה

**ביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי  
של חברי ועד מחוז ת"א והמרכז בלשכת עוה"ד ובני משפחותיהם**

**תשלום הפרמיה באמצעות כרטיס אשראי**

פרטי המבוטח

שם המבוטח \_\_\_\_\_ ת.ז. המבוטח \_\_\_\_\_

הוראת בעל כרטיס האשראי

לכבוד:  ויזה  ישראלכרט  דיינרס  אמריקן

שם בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_

רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ ישוב \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

טלפון בבית \_\_\_\_\_ טלפון נוסף \_\_\_\_\_

תוקף	
חודש	שנה

מס' כרטיס											

אני הח"מ, נותן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם ע"י כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ ואשר מספר כרטיסי האשראי שלי יהיה נקוב בהן. הוראה זו נחתמה על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרט כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ למנפיקה. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו על ידי כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ על פי תנאי התשלום של פוליסות/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. הרשאה זו תפקע בהודעה שלי לכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. היה ופוליסת/ות הביטוח הנ"ל בכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.

\_\_\_\_\_   
חתימת בעל הכרטיס

\_\_\_\_\_   
תאריך