

**טופס הצטרפות כולל הצהרת בריאות
לביטוח בריאות קבוצתי של חברי אקט,
איגוד עובדים בקולנוע ובטלוויזיה בישראל**

טופס זה מיועד:

למבוטחים קיימים: חברים ובני משפחותיהם המרחיבים את הכיסוי (לרובד המורחב) או המצטרפים לרובד ההרחבה הנוסף (כיסוי מחלות קשות).

למבוטחים חדשים: חברים ובני זוגם שגילם עד 67 וילדיהם שגילם עד 25, המצטרפים לביטוח.

פרטי החברה/ה

שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		תעודת זהות	
ישוב		רחוב ומספר		מיקוד		דוא"ל	
		לא <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/>		נ / ז	
כן, שם תכנית		כן, סיאגיות ליום במשך _____		האם הינך מעשן?		מין	
קופת חולים		משלים קופת חולים		האם הינך מעשן?		משקל	

- הנני מעוניין להצטרף לביטוח הבסיסי: השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות וכתבי שרות.
- הנני מעוניין להצטרף לביטוח המורחב במסלול מלא - ניתוחים מורחב, שרותים אמבולטוריים ורפואה משלימה
- הנני מעוניין להצטרף לביטוח המורחב במסלול מעל השב"ן - ניתוחים משלים שב"ן, שרותים אמבולטוריים ורפואה משלימה
- הנני מעוניין להצטרף לרובד ההרחבה הנוסף ולרכוש כיסוי בגין מחלות קשות: (עד ארבע יחידות פיצוי)
 - יחידת פיצוי אחת 2 יחידות פיצוי 3 יחידות פיצוי 4 יחידות פיצוי

בן/בת זוג של החברה/ה

שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		תעודת זהות	
ישוב		רחוב ומספר		מיקוד		דוא"ל	
		לא <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/>		נ / ז	
כן, שם תכנית		כן, סיאגיות ליום במשך _____		האם הינך מעשן?		מין	
קופת חולים		משלים קופת חולים		האם הינך מעשן?		משקל	

- הנני מעוניין לצרף את בן/ת זוגי לביטוח הבסיסי: השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות וכתבי שרות.
- הנני מעוניין לצרף את בן/ת זוגי לביטוח המורחב במסלול מלא - ניתוחים מורחב, שרותים אמבולטוריים ורפואה משלימה
- הנני מעוניין לצרף את בן/ת זוגי לביטוח המורחב במסלול מעל השב"ן - ניתוחים משלים שב"ן, שרותים אמבולטוריים ורפואה משלימה
- הנני מעוניין לצרף את בן/ת זוגי לרובד ההרחבה הנוסף ולרכוש כיסוי בגין מחלות קשות: (עד ארבע יחידות פיצוי)
 - יחידת פיצוי אחת 2 יחידות פיצוי 3 יחידות פיצוי 4 יחידות פיצוי

ילדים של החברה/ה (ביטוח מחלות קשות לילד מגיל שנה ומעלה)

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

- הנני מעוניין לצרף את ילדי לביטוח הבסיסי: השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות וכתבי שרות.
- הנני מעוניין לצרף את ילדי לביטוח המורחב במסלול מלא - ניתוחים מורחב, שרותים אמבולטוריים ורפואה משלימה
- הנני מעוניין לצרף את ילדי לביטוח המורחב במסלול מעל השב"ן - ניתוחים משלים שב"ן, שרותים אמבולטוריים ורפואה משלימה
- הנני מעוניין לצרף את ילדי (מגיל שנה ומעלה) לרובד ההרחבה הנוסף ולרכוש כיסוי בגין מחלות קשות: (עד ארבע יחידות פיצוי)
 - יחידת פיצוי אחת 2 יחידות פיצוי 3 יחידות פיצוי 4 יחידות פיצוי

הצהרת בריאות לחברי איגוד אקט 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:										
ילד/ה 3		ילד/ה 2		ילד/ה 1		בן/ת זוג		חבר/ה		האם יש או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם, כדלהלן:
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
										1. מערכת העצבים ו/או המוח ו/או הנפש לרבות אירוע מוחי, אפילפסיה, שיתוק, פרקינסון, אלצהיימר, פיגור שכלי, תסמונת דאון, הפרעות קשב, PDD, טרשת נפוצה, גושה, ניוון שרירים, הפרעות נפשיות, דיכאון, חרדה, סכיזופרניה, בעיות התפתחות ו/או בעיות גדילה.
										2. מחלות כבד, דרכי מרה, לבלב, טחול, הרניה מכל סוג, מערכת העיכול, בעיות בפי הטבעת ו/או רקטום מחלות דרכי השתן כולל כליות וערמונית, מערכת הריאות ודרכי הנשימה.
										3. מחלות יתר ל.ד., לב וכלי דם, מחלות חילוף חומרים, סכרת, שומנים, מחלות אנדוקריניות, בלוטות, FMF, גאוט, מחלות בדם ו/או במערכת החיסון לרבות אנמיה, קרישת דם, מחלות זיהומיות, שחפת, איידס, נשאות איידס.
										4. מערכת השרירים והשלד, פגיעה בעמ"ש ופרקים, מחלות ראומטיות, אוסטיאופורוזיס/ בריחת סידן, החלפת מפרקים, ארטריטיס, פיברומיאלגיה, לופוס.
										5. מחלה ממארת ו/או גידול סרטני גידול שפיר ו/או טרום סרטני. מחלות אף אוזן גרון, דום נשימה בשינה, ראייה ועיניים, מין, עור, גידולי עור ונגעי עור, פסוריאזיס,
										6. האם סובל מום מולד ו/או תאונתי, מחלה כרונית, קיימת נכות כלשהי ו/או הינך בתהליך לקבלת נכות.
										7. האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע ו/או נמצא בברור רפואי כלשהוא. האם אושפזת בבית חולים ב 5 שנים האחרונות? האם נותחת ו/או הומלך לך לעבור ניתוח ו/או מועמד לניתוח, האם עברת או הומלך לך לעבור בדיקה פולשנית ו/או הדמיה?
										8. במערכת המין ו/או הרבייה: לרבות גוש בשד, דימומים בלי קשר למחזור, רחם שרירני, כעת בהריון, בעיות פריון (גם אצל גברים), אשך טמיר, וריקוצלה.

פירוט:

חתימה	תאריך	ת.ז.	שם	
				החבר/ה
				בן/ת הזוג
				ילד/ה מעל גיל 18
				ילד/ה מעל גיל 18

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.
2. אני מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום מילוי הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח בהתאם לכיסיים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותיי על פי הפוליסה להיפגע.
3. אני מאשר כי קיבלתי את דף מידע מהותי לקראת הצטרפות לביטוח הקבוצתי, אשר צורף לטופס הצטרפות זה, וזאת עבורי ועבור בני משפחתי ככל שהם מצטרפים לביטוח.
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 בגין תכנית בעלת כיסוי "מהשקל הראשון" (תכנית אשר תגמולי הביטוח המשולמים בה הם בלא תלות בזכויות המגיעות מהשב"ן).
5. **ויתור על סודיות וקשר עם הלקוח**
אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ (להלן: "קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים") ו/או כל מידע בקשר אלי שגיע לידיעת מי מחברות קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים, יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים בהם נוהגת קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לי ואני מסכים כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות מקבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים עבור קבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים ומטעמה), והכל לצורך ניהול ומתן שירותים ללקוחות הקבוצה, לצורך קיום חובות על פי דין ולצורך פניות שיווקיות ללקוחות הקבוצה לרכישת מוצרים ו/או שירותים של מי מחברות הקבוצה, באמצעים שונים, לרבות בדואר ובאמצעים אלקטרוניים שונים ומגוונים, ובין היתר, באמצעות הודעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר ובכל דרך אחרת.

שם	ת.ז	תאריך	חתימה
החבר/ה	_____	_____	_____ 
בן/ת הזוג	_____	_____	_____ 
ילד/ה מעל גיל 18	_____	_____	_____ 
ילד/ה מעל גיל 18	_____	_____	_____ 

**הוראה לחיוב למבוטחים
המצטרפים לרובד המורחב או מצרפים לביטוח את בני משפחה
הוראה לחיוב חשבון באמצעות חשבון הבנק**

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	בנק
קוד המוסד		אסמכתא/מספר מזהה של לקוח בחברה	
628			

הרשאה לחיוב חשבון
לכבוד בנק _____ סניף _____
כתובת _____

1. אני/הח"מ _____ מכתובת _____ מספר זהות _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____ שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות _____ רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____ נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם, בגין פרמיות ביטוח בריאות, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על ידי כלל חברה לביטוח בע"מ כמפורט ב"פרטי ההרשאה".
2. ידוע לי/לנו כי:
 - א. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/ מאיתנו בכתב לבנק ולכלל חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן, ניתנת לביטול על פי הוראת כל דין.
 - ב. אהיה/נהיה רשאים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
 - ג. אהיה/נהיה רשאים לבטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכח/נוכח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
 - ד. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
 - ה. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
 - ו. הבנק רשאי להוציאני/ מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
 - ז. נא לאשר לכלל חברה לביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.

פרטי הרשאה
סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת ע"י כלל חברה לביטוח בע"מ על פי תנאי הפוליסה/ות ותוספותיה.

תאריך _____ חתימת בעל/י החשבון _____

אישור הבנק

מס' סוכן				
סב	פוליסה			

קיבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ושאר מספר חשבוננו/נם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על פי המפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על פיהן כל עוד מצב החשבון יאשר זאת: כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על ידי בעל החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ בעל/י החשבון מן ההסדר.

אישור זה לא יפגע בהתייבויותכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

אישור הבנק - חתימה וחותמת

תאריך _____ / _____ / _____ בנק _____ סניף _____

הוראה לחיוב באמצעות כרטיס אשראי

פרטי כרטיס אשראי ויזה ישראלכרט דינרס אמריקן אקספרס

שם בעל הכרטיס _____ ת.ז. _____ כתובת _____

מס' כרטיס אשראי _____ בתוקף עד _____

לראייה באתי על החתום:

תאריך	שם בעל הכרטיס	מספר זהות	חתימה X

נספח השלמת פרטי התקשרות למועמדים לביטוח

חובה למלא את הפרטים הבאים עבור בן/בת זוג של העובד וכן עבור בני משפחה נוספים בגילאים 25 ומעלה

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

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

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

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

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.

חתימת המועמד הראשי לביטוח:

שם המבוטח ת.ז. תאריך חתימה
