

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

טופס זה מיועד:

**לחברים חדשים** ובני זוגם שגילם עד 67 וילדיהם שגילם עד 25, המצטרפים לביטוח במהלך 90 יום ממועד תחילת החברות ב- "איגוד עובדים בקולנוע ובטלוויזיה בישראל".

הצטרפות לרובד ההרחבה הנוסף - כיסוי בגין מחלות קשות, תהא באמצעות מילוי טופס ההצטרפות הכולל הצהרת בריאות פרטי החבר/ה עד גיל 67

שם משפחה	שם פרטי	תאריך תחילת חברות באקט	תעודת זהות
ישוב	רחוב ומספר	מיקוד	דוא"ל
טלפון נייד			
		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם תכנית _____	<input type="checkbox"/> ז / נ <input type="checkbox"/> מין
קופת חולים	משלים קופת חולים	מין	תאריך לידה

- 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

**בן/בת זוג של החבר/ה עד גיל 67**

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	
קופת חולים	משלים קופת חולים	מין	תאריך לידה
		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם תכנית _____	<input type="checkbox"/> ז / נ <input type="checkbox"/> מין

- 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

**ילדים של החבר/ה עד גיל 25**

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

- 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

### 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 לכיסויי 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 שגיגע 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
החברה/	_____	_____	_____ 
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 \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ בן/בת \_\_\_\_\_ נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו/נו 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 הרשאה".
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 רשאי/ים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
- ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב, לא יותר מתשעים יום ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
4. 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.
5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
6. הבנק רשאי להוציא/ני מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
7. 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.**

חתימת בעל/י החשבון \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

**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/נכם 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 לביצועו: כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ בעל/י החשבון מן ההסדר.

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

אישור הבנק - חתימה וחותמת

תאריך \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_

**הוראה לחיוב באמצעות כרטיס אשראי**

**פרטי כרטיס אשראי**

ויזה       ישראלרנט       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 <b>X</b>

## 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

\_\_\_\_\_