



ניהול רשימות המבוטחים של הקיבוץ



- צירופים וגריעות
- הצהרות בריאות וחיתום
- רצף ביטוחי
- חלון הצטרפות

צירופים וגריעות



צוות תפעול/ניהול מצטרפים :

אינה סגל – ראש צוות תפעול

נייד: 054-8808435

פקס: 073-3702908

מייל: inas@mkb-tene.co.il

זיו בר

נייד: 054-8808417

פקס: 073-3702909

מייל: zivb@mkb-tene.co.il

לילך אברהם

נייד: 054-8869664

פקס: 073-3702902

מייל: lilacha@mkb-tene.co.il

ולנטינה בן עיון מנהלת מחלקה

נייד: 052-6802071

מייל: valentinab@mkb-tene.co.il

צירופים וגריעות

תהליך צירוף מבוטחים

- שלב 1 - פניית מועמד המעוניין להצטרף, אל אחראי הביטוח – תיעוד בכתב
- שלב 2 - מילוי/בדיקת טופס צירוף על ידי א. הביטוח, ווידוא שהוא תקין ומלא
- שלב 3 - שליחת טופס מלא ותקין אל איש הקשר הרלוונטי בסוכנות
- שלב 4 - סוכנות הביטוח בודקת שהשדות הרלוונטיים טופס מלאים
- שלב 5 - טפסים שנמצאו תקינים יועברו להראל, טפסים חסרים יוחזרו להשלמת מידע לאחראי הביטוח. הבקשה נשלחת להראל רק כשהיא מלאה.

*****תהליך צירוף שלא יסתיים בתוך 90 ימים יאפס את התהליך*****





צירופים וגריעות

תהליך צירוף מבוטחים - המשך

- שלב 6 א – טופס שהוגש בתנאי "חלון" - לא יתבצע חיתום והמבוטח יצורף לרשימת המבוטחים של הקיבוץ.

*****טפסים מלאים ותקינים שיועברו לסוכנות עד 10 בכל חודש, יטופלו באותו החודש והמבוטח יצורף לביטוח החל מה- 1 לחודש שבו הוגשה הבקשה*****

*****טפסים מלאים ותקינים שיועברו לסוכנות לאחר 10 בכל חודש, יטופלו בחודש הבא והמבוטח יצורף לביטוח החל מה- 1 לחודש עוקב שבו הוגשה הבקשה*****

- שלב 6 ב – טופס שהוגש לחיתום – עד 21 ימים הראל תוציא התייחסות וההתקדמות תהיה בלוחות זמנים בהתאם

- שלב 7 – על הקיבוץ לוודא שהמבוטחים החדשים/תוספת רבדים נמצאים בדוח הגבייה החודשי

*****תהליך צירוף שלא יסתיים בתוך 90 ימים יאפס את התהליך*****



מעבר על טופס הצטרפות



dt29119

סוג מסמך: 29119, קולקטיב מרכז: 534613

ניתן להעביר את הטפסים בפקס 073-3702908 או למייל inas@mkb-tene.co.il

מאי 2023

טופס הצעה לביטוח רפואי קבוצתי לחברי התנועה הקיבוצית ובני משפחותיהם

שם הקיבוץ: _____ מס' פוליסה: _____

הנני מבקשת/בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי לחברי התנועה הקיבוצית ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים) ו/או להרחיב את תכנית הביטוח, עפ"י התנאים המופיעים בפוליסה.

יש למלא את הצהרת הבריאות, המצורפת למסמך זה, במקרים הבאים בלבד:
- חברי קיבוץ המבוטחים במסלול ניתוחים שב"ן ומעוניינים לרכוש מסלול ניתוחים מלא, לאחר 120 יום מתאריך תחילת הביטוח.
- חברי קיבוץ חדשים המצטרפים לאחר 120 יום מיום מועד הזכאות.
- בני משפחה חדשים (כתוצאה מנישואין, לידה, אימוץ) המצטרפים לביטוח לאחר 120 יום, מיום הצטרפותם למשפחה או מיום תחילת זכאותו של חבר חדש.
***במידה ויש ברשותך פוליסה פרטית או קבוצתית אחרת וברצונך לבחון מעבר ברצף ביטוחי לכיסויים וסכומי ביטוח חופפים, אנא פנה לסוכנות הביטוח "משקי טנא" בטלפון 04-8813852

לידיעתך:

הקיבוץ יעביר למבטח את דמי הביטוח עבור כל החברים ובני משפחותיהם.

בחירת כיסויי רשות: כיסוי נוסף, הרחבה לבחירה הינם לשיקול דעתך בלבד. במידה ולא נבחרו כיסויי ההרחבה, יתר תנאי הפוליסה לא יפגעו.

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

שם החברה/ת.ז.	ת.ז.	תאריך חברות/ זכאות	חתימת חבר הקיבוץ	תאריך
---------------	------	--------------------	------------------	-------

אנא סמן האם הטופס מולא באמצעות סוכן ביטוח: כן לא

• צריך לציין את שם הקיבוץ

• במידה וקיימת פוליסה קולקטיבית/פרטית ומבוטחים מעוניינים בצירוף ברצף ביטוחי - חייבים להעביר מסמכים דרושים יחד עם בקשת הצירוף

• תאריך חברות/זכאות קובע האם הצירוף נעשה בתנאי חלון אישי

מעבר על טופס הצטרפות

א. פרטי המועמדים לביטוח
 מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתימתו תחשב כהסכמת הקטיין.
 במידה ורכשת כיסויים שמשולמים ע"י בעל הפוליסה **בלבד** - פרטי הקשר שמסרת בטופס זה ישמשו אותנו עבור השלמת תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד.
 במידה ורכשת כיסויים נוספים, עבורך ו/או עבור בני משפחתך, באמצעי גביה אישי- פרטי הקשר ישמשו אותנו גם למשלוח דיוורים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולמוצרים אחרים שלך בהראל.
 חשוב לדעת: דיווחים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולכלל המוצרים שלך בהראל, ישלחו אליך באמצעים דיגיטליים, אם ישנם, לפי פרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל, לצפות בפרטי הקשר המעודכנים אצלנו ו/או לעדכןם באפשרותך לעשות זאת, בכל עת, באזור האישי באתר החברה www.harel-group.co.il.

חבר/ה	ס"ב	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
						זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
חבר/ה						זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
בן/בת זוג						זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
ילד עד גיל 21	1					זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
	2					זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
	3					זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
ילד בוגר מעל גיל 21						זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
בני משפחה נוספים						
ילד בוגר מעל גיל 21						זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
בן/בת זוג						זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
נכד עד גיל 21	1					זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
	2					זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>

- ממלאים רק את הפרטים של מבוטחים שמצרפים אותם לביטוח

מעבר על טופס הצטרפות

שכ"ן (ביטוח משלים) מסוג		שם קופת חולים		עיסוק		חבר/ה	
						בן/בת זוג	
						ילדים	
ילדים מעל גיל 18		בן/בת זוג		מבוטח ראשי (חבר/ה)		כתובת מגורים*	
<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבוטח ראשי		<input type="checkbox"/> כתובת זהה למבוטח ראשי		מספר בית	רחוב		
מספר בית	רחוב	מספר בית	רחוב				
מיקוד	יישוב	מיקוד	יישוב	מיקוד	יישוב		
מספר טלפון נייד*		מספר טלפון נייד*		מספר טלפון נייד*			
מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית		מספר טלפון בבית			
				עובד/ת		כתובת דוא"ל (E-mail) להודעות אישיות ודיוורים	
				@			
				בן/בת זוג			
				@			
				ילד בוגר (מעל גיל 18)			
				@			

יש לוודא במיוחד שפרטי
הקשר מלאים

טופס לא מלא יוחזר להשלמת
פרטים והטיפול בצירוף
יתעכב

מעבר על טופס הצטרפות

- סימון הרבדים המבוקשים
בטבלה לכל המבוטחים
הרשומים בטופס צירוף

ב. תכניות הביטוח המבוקשות (נא לסמן <input checked="" type="checkbox"/> במקום הרלוונטי): יש לבחור מסלול ניתוחים מהשקל הראשון או מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכויות בשב"ן						
ילד בוגר	ילד 3	ילד 2	ילד 1	בן/בת זוג	חבר קיבוץ	תיאור
						האם הנך מעוניין/ת להצטרף לרובד הבסיסי, עפ"י תנאי הפוליסה?
						האם הנך מעוניין/ת להרחיב את הכיסוי הביטוחי עבורך ולרכוש רובד מורחב א' (מסלול ניתוחים משלים שב"ן), עפ"י תנאי הפוליסה?
						האם הנך מעוניין/ת להרחיב את הכיסוי הביטוחי עבורך ולרכוש רובד מורחב ב' (ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל וכיסוי אמבולטורי מורחב), עפ"י תנאי הפוליסה? בכפוף לתוספת דמי הביטוח המופיעים בעמוד האחרון של הטופס
						האם הנך מעוניין/ת להרחיב את הכיסוי הביטוחי עבורך ולרכוש רובד מורחב א' (מסלול ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ מ"השקל הראשון"), עפ"י תנאי הפוליסה?

*שב"ן - "כללית מושלם/פולטניום", "מגן זהב", "מכבי שלי", "מאוחדת עדיף/שיא" ו"לאומית זהב".

א. הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו (סעיף חובה לחתימת הסוכן):
הצהרת הסוכן לעמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח: אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה עמדתי בכל הוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט ביררתי את צרכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואמת/ים לצרכיהם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש. תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן: _____

- אחראי הקיבוץ חייב למלא את כל הפרטים הדרושים באישור

שם הקיבוץ	תאריך	שם + חתימה	חותמת הקיבוץ

מעבר על טופס הצטרפות

- חברת הביטוח יכולה לקבל/לדחות את בקשת הצירוף
- הביטוח נכנס לתוקף רק לאחר קבלת אישור על כך מהראל
- כאשר ממלאים הצהרת בריאות עבור אדם בעל מוגבלות נודה לקבל עדכון על כך
- צירוף לרובד א' - כיסוי מכסה ניתוחים/טיפול מחליף ניתוח משלים שב"ן וזה בתנאי שנותן השירות בהסדר עם הראל
- שירות צבאי – כפוף להוראות הצבא שמשנתנות מעת לעת
- דמי ביטוח נגבים לפי גיל המבוטח. מבוטח שהפרמיה שלו משתנה עקב גילו תתעדכן בתחילת החודש של יום הולדתו

ד. מידע למועמד לביטוח
1. התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בין/בינכם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
2. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.
3. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף עבור כל אחד מן המועמדים לביטוח רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלתו לביטוח.
4. תנאי הביטוח הינם כאמור בפוליסה ובהסכם בין הראל חברה לביטוח בע"מ לבין בעל הפוליסה ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו ולסעיפי החריגים כאמור בו.
5. אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורן ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.
6. עבור מועמדים שנדרשים למלא הצהרת הבריאות לצורך הצטרפות לביטוח: ככל שהנך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח 1998 - , קרי "אדם עם לקות פיסית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו או למוקד השירות 2735 *.
7. למבקשים להצטרף לכיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, משלים שב"ן:
א. לצורך מימוש הכיסוי בגין ניתוח יהיה עליך/ם לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך/ם על-פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אתה/ם חבר/ים ("שב"ן": כללית מושלם/פלטניום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיא") וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיך/ם.
ב. הכיסוי מכסה את ההוצאות הרפואיות הנזכרות בפרק לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן בו אתה/ם חבר/ים וזאת בתנאי שנותני השירות הינם בהסדר עם המבטח. כלומר, הכיסוי מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה עם נותני שירות בהסדר, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן. המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן לנותני שירות בהסדר וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
ג. לידיעתך, דמי הביטוח בגין כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן נמוכים מדמי הביטוח לכיסוי מלא לניתוחים (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן). (תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון').
ד. בעת סיום חברותך/ם בתוכנית השב"ן תהיה/תהיו זכאי/ם לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי" מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.
8. שירות צבאי: יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.
9. דמי הביטוח בפוליסה יקבעו לפי גיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבוטח. גיל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח, יקבע באופן הבא: יראו את יום הולדתו של המבוטח כאילו חל בראשון לחודש יום הולדתו (לדוגמא: מבוטח שגילו לגיל 40 ביום 10.1.2019, יראו את ה - 1.1.2019 כמועד הגיעו לגיל 40)

*שב"ן = שירותי בריאות נוספים

מעבר על טופס הצטרפות

- כאשר מצרפים משפחה לביטוח והם צריכים לעבור חיתום, ניתן לסמן בסעיף 2 "v" כך שכל אחד יצורף בנפרד וככה לא תהיה תלות אחד בשני ועיכוב בצירוף

ה. הצהרת המועמדים לביטוח
<p>1. אני/אנו החתום/ים מטה מבקש/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו ולאחר שנמסר לי/לנו המידע המהותי הנדרש. אני/אנו מצהיר/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.</p> <p>2. הליך הצטרפות:</p> <p>ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירופם לביטוח של יותר ממועמד אחד לביטוח במקום בו אפשר לצרף רק חלק מן המועמדים לביטוח ואילו חלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח. לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת הליכי החיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.</p> <p><input type="checkbox"/> במידה וחלק מן המועמדים לביטוח ידרשו להליכי חיתום, אשר לא יאפשרו את קבלתם המיידית לביטוח, אבקש כי תופק פוליסת הביטוח, למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח. זאת, מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין).</p> <p>3. אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסה. המידע ישמש לצורך הטיפול בפוליסה, בעניינים הקשורים בה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורן ו/או מטעמן, למטרות אלו. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.</p>
<p>4. משק אינטרנטי לאיתור מוצרי הביטוח</p> <p>רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים לרשות שוק ההון, עליך ליצור קשר עם חברתנו לאחר צירופך לפוליסה.</p> <p>לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.</p> <p>באפשרותך להגיש בקשה להסרת מידע כאמור באזור האישי שלך באתר האינטרנט שלנו בכתובת www.harel-group.co.il. שים לב כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניין בהעברת הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.</p>
<p>5. ניתור על סודיות רפואית</p> <p>אני/נו החתום/ים מטה נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למ"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך הליך בחינת קבלתנו לביטוח המבוקש למסור להראל (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותנו על כל מחלה שחליתנו בה בעבר ו/או שאינו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד ואינו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר/ים על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עזבונו/נו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטינים.</p>

מעבר על טופס הצטרפות

6. הסכמה על שימוש במידע

האם הנכם מסכימים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותינו, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתנו מידע על מוצרים ושירותים, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

קבלת דבר פרסומת

הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן). הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל ו/או שותפיה העסקיים, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS). אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות קולקטיבים: אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

מבוטח ראשי	תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
בן/בת הזוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

- במידה ואינכם מסכימים לשימוש במידע שלכם צריך לסמן "V" במשבצת המיועדת לכך

- במידה ואינכם מעוניינים בקבלת דברי פרסום ניתן לחתום על טופס המיועד לכך באתר של הראל או בפניה טלפונית להראל

- כל מבוטח מעל גיל 18 שרשום בטופס חייב לחתום בעצמו

גריעת מבוטחים

תהליך הגריעה

- את מי עלינו לגרוע? מי שפסקה זיקתו לקיבוץ (כולל נפטרים)
- למלא טופס חתום על ידי המבוטח והקיבוץ



***** טפסי גריעה שיועברו לסוכנות עד 10 בכל חודש, יטופלו באותו החודש והמבוטח יגרע מהביטוח החל מה- 1 לחודש שבו הוגשה הבקשה*****

***** טפסים מלאים ותקינים שיועברו לסוכנות לאחר 10 בכל חודש, יטופלו בחודש הבא והמבוטח יגרע מהביטוח החל מה- 1 לחודש העוקב לחודש שבו הוגשה הבקשה*****

***** חשוב לציין מס' נייד + מייל של המבוטח שנוכל להציע לו ביטוח חילופי כפי שמתחייב בתנאי הפוליסה *****



צירוף בתנאי "חלון אישי"

מהו "חלון ההצטרפות" אישי

- תקופת החלון – 120 יום
- מי זכאי לחלון – מי ש"נולד" לקיבוץ (תינוק שנולד/אומץ, חבר חדש (כולל מעבר סטטוס) ובני משפחתו, בן/בת זוג – מתאריך הנישואין (גם הכרה כידועים בציבור)
- משמעות של "פספוס" חלון – צירוף עם הצהרת בריאות וחיתום
- צירוף רטרואקטיבי בשל טעות בתום לב – פנייה לסוכנות ולתנועה הקיבוצית

מהו "חיתום" ומה משמעותו

- מילוי הצהרת בריאות
- אי קבלה לביטוח
- קביעת חריגים לביטוח
- השפעתו של מצב רפואי קודם
- חיתום תוך כדי תביעה

צירוף ב"רצף ביטוחי"



רצף ביטוחי

- מי זכאי – כל מבוטח שיש לו פוליסת בריאות פרטית/קבוצתית אחרת במועד הבקשה
- כיצד מתבצע צירוף ברצף ביטוחי – יחד עם טופס ההצטרפות המלא, יש לצרף:
 - טופס בקשה למעבר ברצף ביטוחי
 - את נוסח הפוליסה הקיימת
 - דוח הפקדות לפרמיה של הפוליסה הקיימת בשלושת החודשים שקדמו לבקשה
- מעבר בתוך הראל – אין צורך בפירוט כיסויים ובדוח הפקדות, יש למלא רק את הבקשה למעבר ברצף.
- משמעות הצירוף ברצף ביטוחי – צירוף ברצף על כיסויים וסכומים דומים אין חיתום

****החרגות עוברות גם ברצף****

****גם במעבר ברצף ביטוחי צריך למלא הצהרת בריאות****



עו"ד רעות גולדסטיין
reut@tkz.co.il

עו"ס ארנון בוכבינדר
arnon@tkz.co.il