

טופס הצטרפות לביטוח סיעודי קבוצתי לחברי העמותה לרווחה ותרבות לעובדי וגמלאי האוניברסיטה העברית ובני משפחותיהם

חברי הארגון ובני זוגם עד גיל 75 וילדיהם מגיל 3 עד 19, אשר יבקשו להצטרף לביטוח הסיעודי הקבוצתי הבסיסי (תגמולים בסך 5,000 ₪ לתקופה של 60 חודשים) בתוך 90 יום ממועד תחילת חברותם בארגון, לא יידרשו במילוי הצהרת בריאות וחיתום.

הצטרפות לביטוח ללא הצהרות בריאות (עמ' 1-2)

1. הצטרפות החברים, בני זוגם וילדיהם מגיל 3 עד 19, לביטוח הסיעודי הקבוצתי לאחר חלוף 90 יום ממועד תחילת חברות החבר בארגון הסגל, מותנית במילוי הצהרת בריאות, חיתום ואישור המבטח בכתב.
2. הצטרפות החברים ובני זוגם שמלאו להם 75 שנה וטרם מלאו להם 85 מותנית בכל עת במילוי הצהרת בריאות, חיתום ואישור המבטח בכתב.
3. רכישת תגמולים נוספים בסך 2,500 ₪ על ידי חברה/ו או בן זוג/ה עד גיל 85 ו/או ילדים מבוטחים שגילם 19 ומעלה מותנית במילוי הצהרת בריאות, חיתום ואישור המבטח בכתב בכל עת.

הצטרפות לביטוח כולל הצהרות בריאות (עמ' 1-3)

1. חברי ארגון הסגל, בני/ות זוגם וילדיהם שהיו חברים בקרן עפ"י תקנון הקרן לעזרה סיעודית, ינואר 2000 (להלן: "הקרן"), אשר נוהלה על ידי ארגון הסגל, יצורפו לביטוח הקבוצתי לרובד הבסיסי (תגמולים בסך 5,000 ₪ ל- 5 שנים) במועד תחילת ההסכם ביום 1.9.2011 ללא צורך במילוי בקשה להצטרפות לביטוח ו/או במילוי הצהרת בריאות וחיתום.
2. רכישת תגמולים נוספים בסך 2,500 ₪ על ידי חברה/ו או בן זוג/ה עד גיל 85 ו/או ילדים מבוטחים שגילם 19 מותנית במילוי הצהרת בריאות, חיתום ואישור המבטח בכתב בכל עת (גם עבור חברי ארגון שהיו חברים בקרן).

הצטרפות לביטוח עבור חברי הארגון שהיו חברים בקרן עפ"י תקנון הקרן לעזרה סיעודית

פרטי החברה/ תאריך תחילת העסקה באוניברסיטה העברית

שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות (משרד הפנים)		תעודת זהות (מספר עובד)	
ישוב		רחוב מספר		מיקוד		טלפון	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם תכנית				טלפון נייד			
קופת חולים		משלים קופת חולים		ת. לידה		גובה	
Email:						משקל	
						מין	

- אבקש להצטרף לביטוח הבסיסי הכולל יחידת פיצוי בסך 5,000 ₪ עד 60 חודשים.
- אבקש להצטרף לביטוח סיעודי המורחב הכולל יחידת פיצוי נוספת בסך 2,500 ₪ עד 60 חודשים.

בן/בת זוג של החברה/

שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות	
ישוב		רחוב מספר		מיקוד	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם תכנית				טלפון	
קופת חולים		משלים קופת חולים		ת. לידה	
				גובה	
				משקל	
				מין	

- אבקש לצרף את בן/בת זוגי לביטוח סיעודי הבסיסי הכולל יחידת פיצוי בסך 5,000 ₪ עד 60 חודשים.
- אבקש לצרף את בן/בת זוגי לביטוח סיעודי המורחב הכולל יחידת פיצוי נוספת בסך 2,500 ₪ עד 60 חודשים.





ילדים של חברים - בהגיע ילד של חבר לגיל 20 שנה, תיגבה ממנו פרמיה של בוגר

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

- אבקש לצרף את ילדיי שגילם 3 עד 19 לביטוח סיעודי הכולל יחידת פיצוי בסך 5,000 ₪ עד 60 חודשים.
- אבקש להרחיב לילדיי שגילם 19 ומעלה המבוטחים בהסכם הסיעודי ביחידת פיצוי נוספת בסך 2,500 ₪ עד 60 חודשים.

הצהרות

1. אני החתום מטה מבקש, לבטח אותי עפ"י הצעה זו. אני מצהיר כי כל תשובותיי מלאות וכנות. ידוע לי שתשובותיי 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.
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 לכיסויים 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. חתימות המצטרפים לביטוח שגילם 18 ומעלה

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

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

פוליסה לביטוח סיעוד קבוצתי לחברי הקרן לעזרה סיעודית עובדי האוניברסיטה העברית והגמלאים ובני משפחותיהם

דף מידע מהותי לקראת הצטרפות לביטוח

- 1.
- 2.

1. תיאור עיקרי הכיסויים הכלולים בפוליסה הקבוצתית:

• ביטוח סיעודי

2. הפרמיה החודשית:

דמי הביטוח החודשיים (ב ₪) בהתאם לקבוצת הגיל, עבור הרובד הבסיסי (יחידת פיצוי בסך של 5,000 ₪ ל – 60 חודשים לאחר תקופת המתנה של 60 יום), הינם כדלקמן:

גיל	דמי הביטוח החודשיים ב- ₪ בגין הרובד הבסיסי יחידת פיצוי בסך של 5,000 ₪ ל – 60 חודשים
3-19	10.84
20-50	25.74
51-55	51.47
56-60	67.73
61-65	176.09
66-70	331.86
71-75	365.72
76-80	419.90
81-85	487.63
86-99	555.36

* דמי הביטוח ישולמו לפי גיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח על פי התנאים שבפוליסה. דמי הביטוח יעודכנו במהלך תקופת ההסכם בהתאם לקבוצות הגיל ובכפוף לתנאים שבפוליסה.

דמי הביטוח החודשיים (ב ₪) בהתאם לקבוצת הגיל, עבור הרובד המורחב (יחידת פיצוי אחת נוספת בסך של 2,500 ₪ ל – 60 חודשים, לאחר תקופת המתנה של 60 יום), הינם כדלקמן:

גיל	דמי הביטוח החודשיים ב – ₪ עבור הרובד המורחב יחידת פיצוי בסך של 2,500 ₪ ל – 60 חודשים
20-50	12.87
51-55	25.74
56-60	33.86
61-65	88.04
66-70	165.93
71-75	182.86
76-80	209.95
81-85	243.81
86-99	277.68

* דמי הביטוח ישולמו לפי גיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח על פי התנאים שבפוליסה. דמי הביטוח יעודכנו במהלך תקופת ההסכם בהתאם לקבוצות הגיל ובכפוף לתנאים שבפוליסה.

** רק מבוטחים ברובד הבסיסי שטרם מלאו להם 85 שנה רשאים לרכוש את הרובד המורחב, בכפוף לתנאים שבפוליסה.

*** ילדי החברים אינם רשאים להצטרף לרובד המורחב.

מבוטחים שגילם 66 שנה ומעלה רשאים להקטין את סכום גמלת הסיעוד ברובד הבסיסי ב - 50%, כך שגמלת הסיעוד עבורם ברובד הבסיסי תהיה בסך של 2,500 ₪ למשך 60 חודשים לאחר תקופת המתנה של 60 יום, בכפוף למסירת הודעה בכתב של המבוטח למבטח, ובמקרה כזה דמי הביטוח (ב ₪) עבור מבוטחים אלו יהיו כמפורט להלן:

דמי הביטוח החודשיים ב- ₪ עבור פיצוי סיעודי בסך 2,500 ₪ ל - 60 חודשים למבוטחים בגיל 66 ומעלה שיבקשו להקטין את סכום הפיצוי ברובד הבסיסי	גיל
165.93	66-70
182.86	71-75
209.95	76-80
243.81	81-85
277.68	86-99

* דמי הביטוח ישולמו לפי גיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח על פי התנאים שבפוליסה. דמי הביטוח יעודכנו במהלך תקופת ההסכם בהתאם לקבוצות הגיל ובכפוף לתנאים שבפוליסה.

* דמי הביטוח צמודים למדד שפורסם ב - 15 יוני 2017 שהינו 12,206 נק'. הפרמיה למבוטחים משתנה בהתאם לגילם, וצמודה למדד. הפרמיה כפופה להתאמת פרמיה כמפורט בהסכם.

3. תקופת הביטוח הינה:
ממועד הצטרפות המבוטח לביטוח ועד ליום 31.8.2021.

4. סכומי ביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים:

פירוט כיסויים עיקריים	סכום ביטוח מירבי עבור עיקרי הכיסויים
ביטוח סיעודי - ללא תלות בפוליסה אחרת. תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית זהים לתגמולי הביטוח עבור טיפול במוסד.	פיצוי חודשי בסך 5,000 ₪ או 7,500 ₪ (בהתאם ליחידות הפיצוי שרכש המבוטח) לתקופה של עד 60 חודשים. מבוטחים שגילם 66 שנה ומעלה רשאים להקטין את סכום גמלת הסיעוד ברובד הבסיסי ב - 50% כך שגמלת הסיעוד עבורם ברובד הבסיסי תהיה בסך של 2,500 ₪ למשך 60 חודשים יניתן פיצוי בגובה 50% במקרים המפורטים בפוליסה.

5. בפוליסה הקבוצתית כלולים: תקופת המתנה, חריגים, וחריגים בדבר מצב רפואי קודם כמפורט להלן.

תקופת אכשרה בפוליסה:

- 60 הימים הראשונים מתאריך הכניסה לביטוח של כל מבוטח.
- למרות האמור לעיל, מבוטחים קיימים יהיו פטורים מתקופת אכשרה בגין הכיסויים והסכומים החופפים להסכם זה ובתנאי שהשלימו את תקופת האכשרה על פי ההסכם הקודם.

תקופת המתנה:

- 60 יום בגין מקרה סיעוד

חריגים: כמפורט בסעיפים שלהלן:

- סעיפים 13 ו-17 להסכם.
- סעיף 4 בנספח 1 להסכם.

החרגה בגין מצב רפואי קיים

- כמפורט בסעיף 14 להסכם.
- סייג לחבות או להיקף הכיסוי שנקבע למבוטח מסוים בדף פרטי החיתום שנקבעו לו.

6. הפרמיה תשולם באמצעות בעל הפוליסה. מועד גביית הפרמיה באמצעות בעל הפוליסה – במועד בו בעל הפוליסה יגבה את הפרמיה מהמבוטח.

*על המועמד לביטוח להשיב תשובה מלאה וכנה על שאלות בעניין מהותי, וככל שלא יעשה כן יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

לידיעתך: לקבלת מידע מפורט בנוגע לכל סכומי הביטוח, הכיסויים, הפרמיות, וכן לפרטים כמפורט בסעיף 5 לעיל, באפשרותך להתקשר אל סוכנות הביטוח "ב.טיקר – ביטוח גמל פיננסים" טלפון: 02-5019901, מייל: office@btiker-ins.co.il.

דואר פנימי:

קמפוס הר הצופים- בניין המנהלה קומת הפורום מול משרדי הדואר הפנימי, האוניברסיטה העברית, ירושלים 9190501, פקס: 02-5334320

קמפוס אדמונד י' ספרא- כניסה לבניין המנהלה, האוניברסיטה העברית, ירושלים 9190401, פקס: 02-5718055.

מידע נוסף:

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. במידה ואינך מעונין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו במוקד שירות לקוחות כלל בטלפון שמספרו *5454. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.