



**חשוב לנו שתדעו**

- תאריך ההצטרפות לתוכניות "מושלם זהב" ו/או "מושלם פלטינום" ("התוכניות") הוא יום קבלת הטופס תקין וחתום אלנו.
- החיוב הראשון במערכות כללית עלול להיות גבוה מהרגיל, משום שכלל בן גו תשלום יחסי על התקופה מיום ההצטרפות ועד למועד החיוב החודשי הקבוע.
- מועד החיוב בתשלום בהוראת קבע עבור תוכניות "כללית מושלם" הינו 1 לחודש □ 10 לחודש.
- במידה ולא נבחר מועד חיוב הנביח תתבצע ב- 10 לחודש
- הצירוף יעודכן במערכות כללית בתוך 72 שעות. כרטיס חבר, בצירוף תקנון, יישלח למענו של כל אחד מהמצטרפים המפורטים לעיל תוך 14 ימי עסקים.
- לזכויות העמית מתוך חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ראה/י לצדו האחורי של הטופס.
- זכאות לשירותים בתוכנית מותנית בתקופות אכשרה (המתנה) אורכן בין 0 ל- 24 חודשים, כמפורט בהמשך.
- לדוגמה: תרופות - ניתן למימוש בתום 3 חודשים מיום ההצטרפות לתוכנית "מושלם זהב"; סל לנשים בהיריון - ניתן למימוש בתום 6 חודשים מיום ההצטרפות לתוכנית "מושלם פלטינום".
- תקופות האכשרה בתוכניות "כללית מושלם" במעבר לכללית מקופת חולים אחרת יהיו כמפורט בהמשך. הוותק של הלקוחות בתוכניות השונות ייקבע על בסיס אישור הוותק והכיסויים שהיו ללקוח בקופה הקודמת, אישור זה יומצא לכללית.
- לקוח עובר קופה - על מנת לשמור על הוותק ועל רצף הזכויות בתוכנית אליה צורפת, יש לשלוח אישור ותק מקופת חולים הקודמת בה היית חבר לכתובת דואר אלקטרוני: Tiful\_Mushlam@clalit.org.il
- אי אפשר להצטרף לתוכנית "מושלם פלטינום" ללא הצטרפות לתוכנית "מושלם זהב".
- שים/י לב, התקנון הוא המסמך הקובע והמחייב של התנאים בכל תוכנית, והוא מתעדכן מעת לעת. תוכל/י לעיין בתקנון גם באתר האינטרנט של כללית מושלם: mushlam.clalit.co.il
- תנאי התוכנית כפופים לאישור משרד הבריאות ולהנחיותיו כפי שיהיו מעת לעת. שיוניים שיחויבו ע"י משרד הבריאות יחולו למפרע.
- אני מסכימה/ה כי פרטיי הנ"ל ישמשו את כללית/כללית מושלם למשלוח מידע על שירותים וזכאויות בתוכנית וכן להצעות שיווקיות ודברי פרסומת של שירותים בכללית.
- אני מאשרת/ת לכללית להעביר את פרטיי ל "הראל חברה לביטוח" בע"מ, על מנת שתוכל להציע לי להצטרף לפוליסה קבוצתית לביטוח סיעודי, המיועדת לחברי הכללית ("סיעודי מושלם פלוס").

**טופס הצטרפות לשירותי בריאות נוספים**

**בקשת הצטרפות לתוכנית "כללית מושלם" - "מושלם זהב" ו/או "מושלם פלטינום"**

**פרטי הלקוחות**

אני מבקש/ת לצרף את המפורטים מטה בהתאם לתנאי תוכניות "כללית מושלם" על יסוד הפרטים כלהלן:

מס' תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	מין	מושלם זהב	מושלם פלטינום

**כתובת**

שם הרחוב:	מס' הבית:	עיר/יישוב:	מיקוד:	טלפון:
דואר אלקטרוני:	פקס:	טלפון נוסף:		

**תעריפים לתוכנית "מושלם זהב"**

גיל העמית/ה	17-0*	18	30-19	39-31	49-40	59-50	64-60	69-65	70 ומעלה
תשלום חודשי	5.49 ₪	15.31 ₪	30.98 ₪	44.49 ₪	51.30 ₪	55.36 ₪	54.51 ₪	59.65 ₪	60.78 ₪

**תעריפים לתוכניות "מושלם זהב" יחד עם "מושלם פלטינום"**

גיל העמית/ה	17-0**	18	30-19	39-31	49-40	59-50	64-60	69-65	70 ומעלה
תשלום חודשי	18.97 ₪	28.21 ₪	63.82 ₪	83.17 ₪	91.83 ₪	99.66 ₪	110.81 ₪	127.56 ₪	129.35 ₪

תעריפי התשלום החודשי נכונים לחודש ינואר 2021, על פי מדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.12.2020 ומתעדכנים בצמוד למדד. החל מילד רביעי ב"מושלם זהב" - חינם. \* בתוכנית "מושלם פלטינום": בתא משפחתי בו עמיתים בתוכנית ילדים שטרם מלאו להם 18 שנים - ינתן פטור מדמי ההשתתפות מהילד הרביעי ומעלה. \*\*

**שם המשלם:** \_\_\_\_\_ **ת"ז המשלם:** \_\_\_\_\_

**חתימת המשלם:** \_\_\_\_\_ **תאריך:** \_\_\_\_\_

אני מבקש/ת לכלול את המצטרפים לתוכניות "כללית מושלם", כפי שפורטו בטופס זה, להסדר תשלומים באמצעות הרשאה לחיוב, באופן בו ההרשאה תחול על כלל השירותים הכרוכים בתשלום אשר יסופקו להם במסגרת התוכנית. ההרשאה תבוצע באמצעות כרטיס האשראי שהוצא על שמי, כמפורט להלן.

**הרשאה לחיוב באמצעות כרטיס אשראי**

הבוחר/ת באפשרות זו פטור/ה מחתימה על הוראה לחיוב שבן בנק

סוג הכרטיס:  דינרס  ישראלרס  ויזה  אמריקן אקספרס  לאומי קארד

מס' הכרטיס: \_\_\_\_\_

תוקף הכרטיס: שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_

- שובר זה נחתם על ידי בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה לשירותי בריאות כללית להעביר למנפיקת הכרטיסים חיובים מעת לעת כפי שיפורט למנפיקה.
- הרשאה זו תפקע בהודעה לשירותי בריאות כללית.
- הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

שם בעל/ת הכרטיס \_\_\_\_\_ מס' תעודת זהות \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_ X חתימת בעל/ת הכרטיס \_\_\_\_\_

**לשימוש פנימי**

הסברתי ללקוח את כל הסעיפים בטופס ההצטרפות ואני מאשר בחתימתי כי הלקוח חתם על הטופס לאחר שאישר בפני כי הבין את כל ההסברים שניתנו לו:

שם העובד: \_\_\_\_\_ מס' עובד: \_\_\_\_\_ מס' ת"ז: \_\_\_\_\_

טלפון נייד: \_\_\_\_\_ מרפאת: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

אימייל: @clalit.org.il \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

**לקוח: קיים / קפיטציה / חייל/ת משוחרר/ת / עולה חדש (הקף בעיגול)**  
**לעדכון במערכת יש לשלוח את הטופס למייל "מכירות מושלם תיוק": SellsMushlamTiuk@clalit.org.il**  
**הטופס יעודכן תוך 24 שעות ותישלח למייל מספר הפוליסה.**

שם מביא הליד: \_\_\_\_\_ מס' ת"ז: \_\_\_\_\_

## עיקרי תוכנית "מושלם זהב"



"כללית מושלם" - שירותי בריאות נוספים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.  
"כללית מושלם" מכסה סל בריאות רחב משלים בתחומים הבאים\*:

השירותים	תקופת אכשרה	השירותים	תקופת אכשרה
ניתוחים פרטיים בארץ	12 חודשים	בעיות הרטבה של ילדים	3 חודשים
אחות פרטית לאחר ניתוח	3 חודשים	טיפולים בהתפתחות הילד	6 חודשים
הבראה לאחר ניתוח	3 חודשים	בדיקת קשב וריכוז	אין
שהייה במוסד החלמה לאחר אירוע לב	3 חודשים	אבחון דיכדקי או פסיכודידקטי לילדים	6 חודשים
השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים במדינת חוץ	24 חודשים	טיפול אורתודנטי (יישור שיניים) לילדים	12 חודשים
ניתוחים וטיפולים רפואיים במדינת חוץ להצלת שמיעה, ראייה ומניעת נכות	24 חודשים	טיפולים לדחיצת (דחיקת) לשון	6 חודשים
השתלת כליה במדינת חוץ	24 חודשים	אטמי אוזניים לילדים לאחר ניתוח כפתורים במכוני הסדר	אין
חוות דעת שנייה אצל מומחה במדינת חוץ	6 חודשים	בדיקות סקר תקופתיות במכוני הסדר	6 חודשים
התייעצות עם רופא מומחה בארץ	6 חודשים	קולונוסקופיה וירטואלית במכוני הסדר	6 חודשים
תרופות שאינן בסל השירותים	3 חודשים	חיסונים לנוסעים לחו"ל במכוני הסדר	אין
טיפול רפואה משלימה במרפאות הסדר	3 חודשים	בדיקות לספורטאים במרפאות הסדר	3 חודשים
הפריה חוץ-גופית	12 חודשים	טיפול פיזיותרפיה	6 חודשים
סדנאות תמיכה למטופלות I.V.F	12 חודשים	מני למשדר קרדילוגי במכוני הסדר	3 חודשים
בדיקות גנטיות במכוני הסדר	אין	מכשירי שמיעה במכוני הסדר	6 חודשים
סקירת מערכות לנשים בהיריון	אין	פאה לחולים אונקולוגיים	6 חודשים
בדיקות מי שפיר או ססי שלייה	אין	אביזרים אורתופדים במכוני הסדר	אין
ייעוץ והדרכה בנושא הנקה	אין	מדרסים במכוני אורתופדיים	אין
קורס הכנה ללידה לנשים בהיריון במכוני הסדר	אין	נעלי APOS לתיקון תבועה ויציבה	אין
הבראה ליולדת מילד רביעי	3 חודשים	תוכנית לקידום בריאות מבוססת תמריצים באפליקציה ייעודית	אין

## עיקרי תוכנית "מושלם פלטינום"



השירותים	תקופת אכשרה	השירותים	תקופת אכשרה
ניתוחים פרטיים במדינת חוץ	24 חודשים	אבחונים דיכדקטיים או פסיכודידקטיים	6 חודשים
ניתוחים פרטיים בארץ	12 חודשים	בדיקות לאבחון הפרעת קשב וריכוז	6 חודשים
חבילה תומכת לחולה אונקולוגי	12 חודשים	טיפולים בהתפתחות הילד	6 חודשים
סל לנשים בהיריון	6 חודשים	טיפול שניניים: משמרת, כירורגיה, כאבי פנים-הפרעות סגר, טיפולי חניכיים, עזרה ראשונה כמפורט ברשימה	6 חודשים
בדיקות היריון במכוני הסדר	אין	טיפול שניניים: פרוטטיקה - שיקום, אורתודנטיה, שתלים, שיקום ע"ג שתלים כמפורט ברשימה	12 חודשים
תרומת ביצית במדינת חוץ	12 חודשים	אופטיקה: משקפי ראייה לילדים	3 חודשים
הבראה ליולדת מילד ראשון	6 חודשים	ניתוח לייזר לתיקון קוצר ראייה	6 חודשים
ניתוחים אסתטיים	12 חודשים	אימוני כושר וייעוץ תזונתי אישי עד הבית	6 חודשים
הסעה באמבולנס	6 חודשים		
חיסונים לנוסעים לחו"ל	אין		

\* התנאים המחייבים - כמפורט בתקנון "כללית מושלם" ופלטינום".  
הכיסויים כפופים לאישור משרד הבריאות. שינויים שיוחייבו על-ידי משרד הבריאות יחולו למפרע.

## בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

ההרשאה תבוצע באמצעות הוראה לחשבון הבנק המתנהל על שמי, כמפורט להלן.  
לכבוד \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

מספר חשבון										סוג חשבון		סניף		בנק	
קוד המוסד (המוטב)										אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המו"טב (ככל שקיים)					
שם המוסד (המוטב) כללית ת.ד. 16250, תל אביב 6116201															

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או -

• הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב - \_\_\_\_\_ ₪.

מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אנו הח"מ \_\_\_\_\_ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מסי זהות/ח.פ. \_\_\_\_\_ ("הלקוחות")

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הני"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).

2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:

א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.

ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.

ג. נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.

ד. נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.

ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.

ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש כמשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.

ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.

ח. הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.

3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

חתימת הלקוח המשלם \_\_\_\_\_

לידיעתכם: ניתן להגיש את הבקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון גם באמצעות אתר האינטרנט של הבנק, ללא צורך בהגעה לסניף.

## מתוך חוק ביטוח בריאות ממלכתי:

10. ב. (2) הקופה רשאית לשנות, מעת לעת, את זכויות העמיתים בתוכנית ואת תשלומי העמיתים.

ג. (1) קופת חולים תצרך לתוכנית כל מבוטח המבקש להצטרף לתוכנית, ללא קשר למצבו הבריאותי או הכלכלי, ולא תגביל את הצטרפותו או את זכויותיו בעת הצטרפותו בתנאי כלשהו, למעט תקופות אכשרה סבירות, שייקבעו לבני כלל העמיתים בתוכנית לעניין מתן שירותים שונים במסגרתה, ובלבד שלא תיקבע תקופת אכשרה כאמור לעניין שירותים שהיו כלולים בסל השירותים והתשלומים של הקופה.

(2) הקופה רשאית לקבוע, לעניין תקופות אכשרה כאמור בפסקה (1), הוראות שונות לבני מעבר מתוכנית של קופה אחרת.

ד. בכפוף לאמור בסעיף קטן (ג), קופת חולים לא תפלה בין עמיתים בתוכנית, בין בעת ההצטרפות אליה ובין במתן השירותים במסגרתה.

ה. מחיר התוכנית יהיה אחיד לכל קבוצת גיל, ללא תלות במספר שנות החברות בתוכנית, או במצבו הבריאותי או הכלכלי של העמית.

21. (א) קופת חולים תיתן לכל מי שהיא אחראית כלפיו כאמור בסעיף (ג) את כל שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה, בין בעצמה ובין באמצעות נותני שירותים, ללא כל אפליה ולא תתנה מתן שירותים הכלולים בסל השירותים שלה בהצטרפות או בחברות בתוכנית לשירותים נוספים לפי סעיף 10.

