

נספח מס' 5

טופס הצטרפות לביטוח בפוליסת ביטוח חיים

קבוצתית עבור אגודה שיתופית - הרובד הנוסף

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס ביטוח חיים:

03-7348492 או למייל joinhaim@harel-ins.co.il

קולקטיב מרכז: 296502 | מספר פוליסה: 859391753 | מספר מסמך: 19024

שים לב, עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח
אני הח"מ, המועמד לביטוח עפ"י הפוליסה, פונה אליכם בהצעה לביטוח חיים כמפורט להלן:

מועמד נכבד,

להלן מידע מהותי אודות הכיסוי הביטוחי המוצע בפוליסה הקבוצתית אשר באפשרותך לרכוש. כל האמור מטה הינו בכפוף לתנאי הפוליסה והפרשנות תהיה בהתאם להגדרות שבפוליסה. במקרה של סתירה בין האמור בטבלה זו לבין האמור בפוליסה, יגברו תנאי הפוליסה.

החברה המבטחת		הראל חברה לביטוח בע"מ.
שם בעל הפוליסה וכתובתו		אגודה שיתופית לעזרה הדדית ולחסכון של עובדי קופת חולים בע"מ - הרובד הנוסף (גדיש - לסקטורים מסוימים בלבד), ככר רבין 8, תל אביב
עיקרי הכיסויים הביטוחיים		■ ריסק למקרה פטירה - מות המבוטח שארע במהלך תקופת הביטוח תזכה את המוטבים בתגמולי הביטוח. ■ מוות מתאונה - מות המבוטח שנגרם כתוצאה מתאונה כהגדרתה בפוליסה, שאירעה בתקופת הביטוח, ובלבד שמותו של המבוטח ארע בתקופה בת שנה בתוספת יום אחד ממועד קרות התאונה בין אם מותו של המבוטח כאמור, חל בתקופת הביטוח ובין אם חל לאחריה, תזכה את המבוטחים בתגמולי הביטוח. ■ הרחבה / כיסוי נוסף למקרה נכות מוחלטת ותמידית - נכות מוחלטת ותמידית של המבוטח שנגרמה עקב תאונה או מחלה שארעה במהלך תקופת הביטוח ושגרמה לנכות מוחלטת ותמידית של המבוטח, בין בתקופת הביטוח ובין לאחריה. ■ עוד בחיים / גילוי מחלה סופנית - הקדמת מחצית סכום הביטוח למקרה פטירה במקרה של גילוי מחלה סופנית.
הכיסוי	פרמיה חודשית	סכום הביטוח
ריסק למקרה פטירה - עד גיל 70	13.81 ₪	190,684 ₪ **
מוות מתאונה - עד גיל 67	2.76 ₪	190,684 ₪
הרחבה לנכות מוחלטת ותמידית - עד גיל 67	2.98 ₪	95,342 ₪
עוד בחיים - עד גיל 70	חינם	95,342 ₪

משלם הפרמיה ואמצעי תשלום	הפרמיה משולמת על ידי המבוטח בניכוי משכרו.
תדירות תשלום הפרמיה	חודשית.
סוג הפרמיה (משתנה/קבועה)	קבועה.
תקופת אכשרה/המתנה	ללא.
תקופת הביטוח	מיום 01/09/2019 ועד ליום 31/03/2020 או עד גיל תום הביטוח המוקדם מבניהם והכל בכפוף לתנאי הפוליסה והוראות הדין.
החרגות	ישנם חריגים והגבלות לחבות החברה כמפורט בתנאי הכיסוי.

****עובד מבוטח אשר גילו מעל 67 שנה, יהיה מבוטח בסכום ביטוח לכיסוי מוות בסך של 95,342 ש"ח.**

א פרטי המועמד לביטוח (יש לצרף ת.ז.)

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.הות
תאריך לידה	מין ☐ ז ☐ נ	המקצוע/עיסוק
תחביבים מסוכנים		
רחוב	מס'	ישוב
מיקוד	טלפון נייד	
כתובת דואר אלקטרוני:@ מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, הדיווחים והמכתבים יישלחו אליך באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים ברשות הראל העדכניים במועד המשלוח. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא סמן () לתשומת לבך, ככל שלא קיימים אמצעים דיגיטליים ברשות הראל, המסמכים יישלחו בדואר ישראל. ככל שיהיה שינוי בכתובת או טלפון המפורטים לעיל, יש להודיע על כך במידי לחברת הביטוח.		

ב המוטבים למקרה מוות*

שם משפחה ופרטי	מספר ת.ז.הות	תאריך לידה	קרבה	החלק באחוזים
1.				
2.				
3.				
סה"כ				100%

*בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו בחלוקה שווה בהתאם לזכאות ליורשים החוקיים על פי דין, או בכפוף לצו ירושה או צו קיום צוואה.

ג מידע למועמד לביטוח

1. כל התשובות המפורטות בהצעה זו ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בין לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו, ככל שרלוונטי.
2. המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסה וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסה ולטיפול בה.
3. יובהר כי תיתכנה החרגות והגבלות כלליות על היקף הכיסוי. ניתן למצוא פירוט ההחרגות וההגבלות בתנאי הפוליסה.
4. במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים אלו ו/או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח ואת כתבי השירות הנלווים לה, באפשרותך לפנות להראל בהתאם לפרטים המופיעים בתחילת הצעה זו ולקבלם בכתב. ניתן למצוא מידע גם באמצעות אתר החברה שכתובתו: www.harel-group.co.il.
5. יובהר כי פרטיך האישיים המופיעים אצלנו לצרכי דיוור ויצירת קשר עמך הינם הפרטים המתקבלים מבעל הפוליסה (הוא המעסיק או הארגון באמצעותו הצטרפת לביטוח זה). כמו כן, פרטים אלו מתעדכנים בהתאם למידע המתקבל מבעל הפוליסה. ככל שברצונך לעדכן פרטים אלו, יש לבצע זאת באמצעות בעל הפוליסה.

ד הצהרת המועמד לביטוח

1. אני מבקש להצטרף לתוכנית כאמור בטופס זה ובהתאם למידע המהותי לעיל.
2. לצורך תשלום דמי הביטוח הנני נותן הרשאה לאגודה שיתופית לעזרה הדדית ולחסכון של עובדי קופת חולים בע"מ **הרובד הנוסף**, לנכות מהכספים המגיעים לי, את הפרמיה, כפי שייקבע בין בעל הפוליסה לבין חברת הביטוח.
3. אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הנן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני החופשי.

תאריך חתימת מועמד לביטוח 