

נספח מס' 5

טופס הצטרפות לביטוח

בפוליסת ביטוח חיים קבוצתית עבור אגודה שיתופית

שים לב, עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהיה לך 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 אגודה רשומה מס' 2-001433-57, ככר רבין 8, תל אביב
עיקרי הכיסויים הביטוחיים		ריסק למקרה פטירה - מות המבוטח שארע במהלך תקופת הביטוח תזכה את המוטבים בתגמולי הביטוח. עוד בחיים / גילוי מחלה סופנית - הקדמת מחצית סכום הביטוח למקרה פטירה במקרה של גילוי מחלה סופנית.
הכיסוי	פרמיה חודשית	סכום הביטוח
ריסק למקרה פטירה - עובד ללא גיל תום	20 ₪	150,000 ₪ *
ריסק למקרה פטירה - בן זוג עד גיל 67	14.9 ₪	75,000 ₪
מוות מתאונה - עובד ללא גיל תום	3.75 ₪	150,000 ₪ *
מוות מתאונה - בן זוג עד גיל 67	3.2 ₪	75,000 ₪
עוד בחיים - עובד ללא גיל תום	חינם	75,000 ₪ - ו- 75,000 ₪ בעת הפטירה
עוד בחיים - בן זוג עד גיל 67	חינם	37,500 ₪ - ו- 37,500 ₪ בעת הפטירה
משלם הפרמיה ואמצעי תשלום		הפרמיה משולמת על ידי המבוטח בניכוי משכרו.
תדירות תשלום הפרמיה		חודשית
סוג הפרמיה (משתנה/קבועה)		קבועה
תקופת הביטוח		החל מיום 1/7/2020 ועד ליום 31/3/2021 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 75,000 ₪.

פרטי המועמד לביטוח						
שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.				
רחוב	מס'	ישוב			מיקוד	מקצוע / עיסוק
					טלפון נייד	

הריני מבקש/ת לצרף את בן/ת זוגי מר/גב'
 ת.ז. לביטוח הקבוצתי דנן**
 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.

**יובהר, כי ככל שבן/ בת הזוג מעוניינים למנות מוטבים, עליהם למלא את טופס מינוי המוטבים המצ"ב ולשלוח את הטופס כשהוא חתום על-ידי/ה להראל. בהעדר מינוי מוטבים, בטופס זה על-ידי המבוטח או בטופס מינוי מוטבים המצ"ב על-ידי בן/ בת הזוג, הסכומים ישולמו בחלוקה שווה בהתאם לזכאות ליורשים החוקיים על פי דין, או בכפוף לצו ירושה או צו קיום צוואה.

המוטבים למקרה מוות*

שם מלא	שם פרטי	תאריך לידה	תעודת זהות	קרבה	והחלק באחוזים
1.					
2.					
3.					
4.					
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.

מידע למועמד לביטוח
1. כל התשובות המפורטות בהצעה זו יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך 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. 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 .
4. יובהר כי תיתכנה החרגות והגבלות כלליות על היקף הכיסוי. ניתן למצוא פירוט ההחרגות וההגבלות בתנאי הפוליסה.
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.
6. הכיסוי הביטוחי יכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטחת.

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 לנכות מהכספים המגיעים לי, את הפרמיה, כפי שייקבע בין בעל הפוליסה לבין חברת הביטוח.
 3. אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני החופשי.
- תאריך חתימת מועמד לביטוח 
4. אני מבקש לצרף לתוכנית כאמור בטופס זה ובהתאם למידע המהותי לעיל את בן/ת זוגי,
- חתימת מועמד לביטוח 

