



סוג מסמך: טופס הצטרפות 5254 קולקטיב מרכז: 577017

טופס מלא וחתום יש להעביר בפקס מס': 03-6976317

יש להקיף בעיגול: עובד / גמלאי

טופס הצעה לצורך הצטרפות לתכנית ביטוח שיניים קבוצתי לחברי ארגון עובדי משרד הביטחון ובני משפחותיהם - עובדים וגמלאים

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים וגברים כאחד. עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יוכל ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

פרטי המועמדים לביטוח

המועמד	מספר הזהות (כולל ס"ב)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין (ז/ג)	יש להקיף בעיגול את הביטוח שנבחר
חבר/ה*						פרותטי מורחב
בן/בת זוג						משמר/פרותטי מורחב
ילד/ה עד גיל 23 שנים						משמר + יישור שיניים
ילד/ה עד גיל 23 שנים						משמר + יישור שיניים
ילד/ה עד גיל 23 שנים						משמר + יישור שיניים
כתובת החברה/ה	רחוב	מספר בית	מספר דירה	יישוב		
	מיקוד	מס' עובד	מצב משפחתי א / ג / נ / א	תאריך תחילת/סיום עבודה ____/____/____	טלפון נייד	
כתובת דואר אלקטרוני- חברה/ה (מבוטח ראשי)		כתובת דואר אלקטרוני (E-mail) לצורך קבלת דיוורים והודעות אישיות @				
כתובת דואר אלקטרוני- בן/בת זוג וכל ילד/ה בוגר/ת (מעל גיל 18)		כתובת דואר אלקטרוני (E-mail) לצורך קבלת דיוורים והודעות אישיות @				
כתובת דואר אלקטרוני- בן/בת זוג וכל ילד/ה בוגר/ת (מעל גיל 18)		כתובת דואר אלקטרוני (E-mail) לצורך קבלת דיוורים והודעות אישיות @				

מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il.

התכנית המבוקשת (יש לסמן X במשבצת המתאימה):

- מבקש לצרף אותי בלבד לתוכנית ביטוח השיניים, כפי שיפורט להלן, על פי תנאי הסכם הביטוח שנחתם בין ארגון עובדי משרד הביטחון (להלן: "המעסיק") לבין הראל חברה לביטוח.
- מבקש לצרף אותי ואת כל בני משפחתי לתוכנית ביטוח השיניים, כפי שיפורט להלן, על פי תנאי הסכם הביטוח שנחתם בין ארגון עובדי משרד הביטחון (להלן: "המעסיק") לבין הראל חברה לביטוח.
- הביטוח יהנו ביטוח משפחתי, משמעות הדבר היא כי הצטרפות בן/בת הזוג מותנית בהצטרפות כל ילדי המבוטח שגילם עד 23 שנה, ולהיפך.
 - ילד יצורף לביטוח במועד היוולדו. דמי הביטוח בגינו ישולמו רק במלאות לילד 5 שנים.
 - ילד מבוטח שהגיע לגיל 23 שנים, תינתן האפשרות להמשיך את הביטוח בתוספת דמי ביטוח, ויצורף למסלול בו מבוטח/ת בן/ בת הזוג.

דמי הביטוח

כיסוי ביטוחי	חברה/ה *	בן/בת זוג	ילד/ה בוגר מעל גיל 23 שנים	ילד/ה מגיל 5 עד גיל 23 שנים
ביטוח משמר		₪ 36.60	₪ 36.60	
טיפולים משמרים לילדים טיפול יישור שיניים לילדים עד גיל 18				₪ 37.99
ביטוח פרותטי מורחב: טיפולים משמרים, כירורגית פה ולסת, טיפולי וניתוחי חניכיים, טיפולי שיקום ושתלים.	₪ 51.38	₪ 90.08	₪ 76.98	

- * דמי הביטוח החודשיים עבורך ובעבור בני משפחתך ישולמו באמצעות ניכוי משכרך/ קצבת הגמלה.
- עלות הביטוח הינה לאחר סבסוד. גובה הסבסוד עלול להשתנות מעת לעת.
 - דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן והינם נכונים ליום 1.8.2017 על פי מדד חודש יוני 2017 שפורסם ביום 15.7.2017.
 - ילד/ה שלישי/ית (עד גיל 23 שנים) ואילך יצורף לתוכנית הביטוח ללא עלות.

על מנת שנוכל לטפל במהירות בתביעות שיוגשו לראל לתשלום, אנא ציין את פרטי חשבון הבנק שלך וזאת לצורך ההחזר הכספי לו תהא זכאי.

שם הבנק	שם הסניף	קוד הסניף	מספר חשבון

יש לצרף צילום המחאה (מבוטלת) לצורך אישור נתוני פרטי הבנק.

