

<p>טופס הצטרפות לביטוח חיים קבוצתי קולקטיב מרכז: 295966 מספר פוליסה: 943326935 מספר מסמך: 19024 יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס ביטוח חיים: 03-7348492 או למייל joinhaim@harel-ins.co.il</p>											
<p>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 ע"י הפוליסה, פונה אליכם בהצעה לביטוח חיים כמפורט להלן:</p>											
<p>מועמד נכבד, להלן מידע מהותי אודות הכיסוי הביטוחי המוצע בפוליסה הקבוצתית אשר בה אתה מבוטח. 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.</p>											
<p>החברה המבטחת</p>	<p>הראל חברה לביטוח בע"מ</p>										
<p>שם בעל הפוליסה וכתובתו</p>	<p>ארגון עובדי משרד הביטחון, קפלן 27 הקריה ת"א</p>										
<p>עיקרי הכיסויים הביטוחיים</p>	<p>- ריסק למקרה פטירה - מות המבוטח שארע במהלך תקופת הביטוח תזכה את המוטבים בתגמולי הביטוח. - עוד בחיים/גילוי מחלה סופנית - במקרה של גילוי מחלה סופנית אצל המבוטח, תשלם החברה תגמולי ביטוח למבוטח. - היות המבוטח במצב סיעודי לתקופה העולה על 24 חודשים.</p>										
<p>הכיסוי:</p>	<table border="1"> <tr> <th>סכום הביטוח</th> <th>פרמיה</th> </tr> <tr> <td>450,000 ₪</td> <td>216.5 ₪</td> </tr> <tr> <td>320,000 ₪</td> <td>216.5 ₪</td> </tr> <tr> <td>200,000 ₪</td> <td>216.5 ₪</td> </tr> <tr> <td>128,000 ₪</td> <td>29 ₪</td> </tr> </table>	סכום הביטוח	פרמיה	450,000 ₪	216.5 ₪	320,000 ₪	216.5 ₪	200,000 ₪	216.5 ₪	128,000 ₪	29 ₪
סכום הביטוח	פרמיה										
450,000 ₪	216.5 ₪										
320,000 ₪	216.5 ₪										
200,000 ₪	216.5 ₪										
128,000 ₪	29 ₪										
<p>ריסק מוות לעובד/גמלאי עד גיל 55</p>	<p>50% מסכום הביטוח לריסק למקרה פטירה של עובד/גמלאי בהתאם לגילו באותה עת.</p>										
<p>ריסק מוות לעובד/גמלאי מגיל 56 עד 65</p>	<p>50% מסכום הביטוח לריסק למקרה פטירה.</p>										
<p>ריסק מוות לעובד/גמלאי מעל גיל 65</p>	<p>50% מסכום הביטוח לריסק למקרה פטירה.</p>										
<p>ריסק מוות, מבוטח שהינו בן/ת זוג, אלמן/נה</p>	<p>עובד/גמלאי – הפרמיה תשלום הן ע"י המעסיק והן ע"י העובד/גמלאי בניכוי מהשכר. בן/ת זוג- הפרמיה תשלום ע"י העובד/גמלאי בניכוי מהשכר.</p>										
<p>ריסק מוות מעל גיל 65, מבוטח שהינו בן/ת זוג במקרה פטירת העובד/גמלאי.</p>	<p>חודשית</p>										
<p>עוד בחיים/גילוי מחלה סופנית</p>	<p>משנתה בין עובד/גמלאי לבן/ת זוג.</p>										
<p>משלם הפרמיה ואמצעי תשלום</p>	<p>12 חודשים, החל מיום 01/04/2018 ועד ליום 31/03/2019 או עד גיל תום הביטוח המוקדם מבניהם והכל בכפוף לתנאי הפוליסה והוראות הדין.</p>										
<p>תדירות תשלום הפרמיה</p>	<p>אין</p>										
<p>סוג הפרמיה (משתנה/קבועה)</p>	<p>ישנם חריגים והגבלות לחבות החברה כמפורט בתנאי הכיסוי.</p>										
<p>תקופת הביטוח</p>											
<p>תקופת אכשרה/המתנה</p>											
<p>החרגות</p>											

הבהרות לעניין כיסוי ריסק למקרה פטירת בן/ת זוג:

- עובד/גמלאי שהיה במצב סופני ושולם לו מחצית מסכום הביטוח, הרי שבמקרה פטירת בן הזוג שגילו מעל 65 יהיה זכאי ל-50% מסכום הביטוח הנותר. במקרה פטירת העובד/גמלאי לאחר מכן, תשלום יתרת סכום הביטוח (25%) למוטביו.
- במקרה של פטירת בן זוג, אשר גילו מעל 65, ישולם למוטב מחצית מסכום הביטוח למקרה פטירת העובד/גמלאי. אם לאחר מכן יהיה זכאי העובד/גמלאי לתשלום מחלה סופנית, הסכום שישולם יהיה מחצית מסכום הביטוח הנותר (לאחר התשלום בגין פטירת בן הזוג), דהיינו 25%. במקרה זה, לאחר פטירת העובד/גמלאי תשלום יתרת סכום הביטוח (25%) למוטביו.

פרטי המועמד לביטוח						
שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה	מין	מקצוע עיסוק	תחביבים מסוכנים
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	טלפון נייד		
<p>הריני מבקש/ת לצרף את בן/ת זוגי מר/גב', ת.ז. _____ לביטוח הקבוצתי דנן אישור מועמד לקבלת דוחות לעמית למועמד הראשון לביטוח בדוא"ל: אני מסכים כי הדוח השנתי לעמית ישלח לדוא"ל שלי בכתובת _____ וזאת במקום באמצעות הדואר. @..... ככל שיהיה שינוי בכתובת או טלפון המפורטים לעיל, יש להודיע על כך במידי לחברת הביטוח.</p>						

המוטבים למקרה מוות:
 רשימת המוטבים של המבוטח: עובד/גמלאי ובני זוגם, הינה כמעודכן באגף כוח אדם במשרד הביטחון, אם ברצונך לעדכן מוטבים יש לפנות לאמרכלות האגף.

מידע למועמד לביטוח

- כל התשובות המפורטות בהצעה זו יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בין לבין החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו, ככל שרלוונטי.
- המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך המשך היותך מבוטח בפוליסה וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסה ולטיפול בה.
- במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים אלו/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
- יובהר כי תיתכנה החרגות והגבלות כלליות על היקף הכיסוי. ניתן למצוא פירוט החרגות וההגבלות בתנאי הפוליסה.
- 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.

הצהרת המועמד לביטוח

- אני מבקש להמשיך להיות מבוטח בתוכנית כאמור בטופס זה ובהתאם למידע המהותי לעיל.
- לצורך תשלום דמי הביטוח הנני נותן הרשאה ארגון עובדי משרד הביטחון לנכות מהכספים המגיעים לי, את הפרמיה, כפי שתיקבע בין בעל הפוליסה לבין חברת הביטוח.
- 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 ✍️