



הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
 נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלים.  
 יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס ביטוח חיים:  
 03-7348492 או למייל [joinhaim@harel-ins.co.il](mailto:joinhaim@harel-ins.co.il)

**סופס הצטרפות לביטוח חיים קבוצתי**  
 קולקטיב מרכז: 295849  
 פוליסה: 81213955  
 מספר מסמך: 19024

שים לב, עליך להשיב תשובה מלאה ונכונה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, ימול 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		הטכניון מכון טכנולוגי לישראל, קריית הטכניון, חיפה	
עיקרי הכיסוי הביטוחי		<p><b>ריסק למקרה פטירה</b> - מות המבוטח שארע במהלך תקופת הביטוח תזכה את המוטבים בתגמולי הביטוח</p> <p><b>מוות מתאונה</b> - 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 המוטבים בתגמולי הביטוח.</p> <p><b>נכות מתאונה</b> - במקרה של נכות צמיתה כתוצאה מתאונה, תשלם החברה למבוטח את סכום הביטוח המתייחס לנספח זה וזאת בהתאם לשיעור הנכות המוחלטת.</p> <p><b>נכות תמידית ממחלה</b> - נכות תמידית של המבוטח של המבוטח שנגרמה עקב מחלה שארעה במהלך תקופת הביטוח ושגרמה לנכות תמידית של המבוטח, בין בתקופת הביטוח ובין לאחריה.</p>	
הכיסוי		מרמיה חודשית לכיסוי	
ריסק מוות		30.4 ₪	
מוות מתאונה		3.62 ₪	
נכות מתאונה		3.62 ₪	
נכות תמידית ממחלה		13.59 ₪	
מטעם הפרמיה ואמצעי התשלום		הפרמיות וסכומי הביטוח יהיו צמודים למדד 12279 נקי אשר פורסם ביום 15/11/2017.	
תדירות תשלום הפרמיה		הפוליסה תשולם בחלקה על ידי העובד בניכוי מחשכר חודשית	
סוג הפרמיה (משתנה/קבועה)		קבועה	
תקופת אפשרה/המתנה		ללא	
תקופת הביטוח		36 חודשים, החל מיום 01/01/2018 ועד ליום 31/12/2020 או עד גיל תום הביטוח המוקדם מבניהם והכל כפוף לתנאי הפוליסה והוראות הדין.	
החרות		ישנם חריגים והגבלות לחבות החברה כמפורט בתנאי הכיסוי.	

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

המוטבים למקרה מוות*						
שם המשפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה	קרבה	והחלק 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.

מידע למועמד לביטוח						
1.	כל התשובות המפורטות בהצעה זו ישמשו 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: <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a>					
4.	יובהר כי תיתכנה התרגות והגבלות כלליות על היקף הכיסוי. ניתן למצוא פירוט ההתרגות 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.					

הצהרת המועמד לביטוח						
1.	אני מבקש להצטרף לתוכנית כאמור בטופס זה ובהתאם למידע המהותי לעיל.					
2.	לצורך תשלום דמי הביטוח הנני נותן הרשאה לטכניון מכון טכנולוגי לנכות מהסכמים המגיעים לי, את הפרמיה, בכפוף לתנאי הפוליסה 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: _____						