



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

טופס הצטרפות לביטוח חיים קבוצתי
קולקטיב מרכז : 295849
פוליסה : 507920654
מספר מסמך : 19024

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		הטכניון מכון טכנולוגי לישראל, קריית הטכניון, חיפה	
עיקרי הכיסוי הביטוחי		- ריסק למקרה פטירה - מות המבוטח שארע במהלך תקופת הביטוח תזכה את המוטבים בתגמולי הביטוח	
		- מוות מתאונה - תאונה שאירעה בתקופת הביטוח שהביאה למותו של המבוטח ובלבד שמקרה המוות לא ארע למעלה משלוש שנים לאחר מועד התאונה.	
		- נכות מתאונה - במקרה של נכות צמיתה כתוצאה מתאונה שארעה בתקופת הביטוח, תשלם החברה למבוטח את סכום הביטוח המתייחס לנספח זה וזאת בהתאם לשיעור הנכות המוחלטת.	
		- נכות תמידית ממחלה - נכות תמידית של המבוטח של המבוטח שנגרמה עקב מחלה שארעה במהלך תקופת הביטוח ושגרמה לנכות תמידית של המבוטח, בין בתקופת הביטוח ובין לאחריה.	
הכיסוי		פרמיה חודשית לכיסוי	
ריסק מוות	27.76 ₪	157,007	סכום הביטוח
מוות מתאונה	3.31 ₪	157,007	
נכות מתאונה	3.31 ₪	157,007	
נכות תמידית ממחלה (בשיעור של 40% לפחות)	12.41 ₪	157,007	
משלם הפרמיה ואמצעי התשלום		עבור העובד - 50% על חשבון בעל הפוליסה ו- 50% על חשבון העובד בניכוי משכרו	
תדירות תשלום הפרמיה		חודשית	
סוג הפרמיה (משתנה/קבועה)		משתנה	
תקופת אכשרה/המתנה		ללא	
תקופת הביטוח		36 חודשים, החל מיום 01/04/2024 ועד ליום 31/03/2027 או עד גיל תום הביטוח המוקדם מבניהם והכל כפוף לתנאי הפוליסה והוראות הדין.	
החירויות		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'		ישוב		מיקוד		טלפון נייד							
<p>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 במייד לחברת הביטוח.</p>															

המוטבים למקרה מוות		שם המשפחה		שם פרטי		מספר ת.ז.		תאריך לידה		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 ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהו 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 באמצעו אתר החברה שכתובתו: www.harel-group.co.il .
4.	יובהר כי תיתכנה חחררות והגבלות כלליות על הליך הכיסוי. ניתן למצוא פירוט החחררות 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.

ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח	
רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל ואת עליך לעבור את הנתונים לרשות שוק ההון, עליך ליצור קשר עם חברתנו לאחר צירוף לפוליסה.	
לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז אתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח של כל חברות הביטוח בישראל.	
באפשרותך להגיש בקשה להסרת מידע כאמור באזור האישי שלך באתר האינטרנט שלנו בכתובת: www.harel-group.co.il .	
שים לב כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניין בהעברת הנתונים, הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.	

הצהרת המועמד לביטוח	
1.	אני מבקש להצטרף לתוכנית כאמור בטופס זה ובהתאם למידע מהותי לעיל.
2.	לצורך תשלום דמי הביטוח הנני נותן הרשאה לטכניון מכון טכנולוגי לנכות מהכספים 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.....	