



ביטוח ופיננסים

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

טופס הצטרפות לביטוח חיים קבוצתי  
קולקטיב מרכז: 296494  
מספר פוליסה: 896346758  
מספר מסמך: 19024

מבוטח נכבד, שים לב, עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.  
אני הח"מ, המועמד לביטוח ע"י הפוליסה, פונה אליכם בהצעה לביטוח חיים כמפורט להלן:  
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		ארגון נכי צה"ל ע"ר 580052728, רח' שמואל ברקאי 49, אפקה, תל אביב	
עיקרי הכיסויים הביטוחיים		ריסק למקרה פטירה - מות המבוטח שארע במהלך תקופת הביטוח תזכה את המוטבים בתגמולי הביטוח.	
הכיסוי		פרמיה חודשית	
ריסק למקרה פטירה עד גיל 70 (כולל)		43.88 ₪	
ריסק למקרה פטירה מגיל 71 עד גיל 75 (כולל)		43.88 ₪	
סכומי ביטוח והפרמיות צמודים למדד נובמבר 2015 שפורסם ביום 15.12.2015 - 12243 נק'.		סכום הביטוח	
סוג הפרמיה קבועה/ משתנה		95,160 ₪*	
משלם הפרמיה ואמצעי תשלום		40,260 ₪*	
תדירות תשלום הפרמיה		חודשית	
תקופת הביטוח		החל מיום 01/08/2016 ועד ליום 31/12/2021 או עד גיל תום הביטוח המוקדם מבניהם והכל בכפוף לתנאי הפוליסה והוראות הדין.	
החרגות		ישנם חריגים והגבלות לחבות החברה כמפורט בתנאי הכיסוי.	

\*החל מתאריך 1/6/2021 יעודנו סכומי הביטוח למקרה פטירה בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח הקבוצתית.

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

- כל התשובות המפורטות בהצעה זו ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינד לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו, ככל שרלוונטי.
- המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסה וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסה ולטיפול בה.
- 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. בנוסף תנאי הפוליסה המלאים מצויים באתר החברה שכתובתו: [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il)
- 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.
- יובהר כי תיתכנה החרגות והגבלות כלליות על היקף הכיסוי. ניתן למצוא פירוט ההחרגות וההגבלות בתנאי הפוליסה.

הצהרת המועמד לביטוח

- אני מבקש להצטרף לתוכנית כאמור בטופס זה ובהתאם למידע מהותי המצורף לו.
  - לצורך תשלום דמי הביטוח הנני נותן הרשאה לארגון נכי צה"ל לנכות מהכספים המגיעים לי, את הפרמיה, כפי שתיקבע בין בעל הפוליסה לבין חברת הביטוח.
  - אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הנן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני החופשי.
- תאריך ..... חתימת מועמד לביטוח .....