

<p>הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד. נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם. יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס ביטוח חיים : 03-7348492 או למייל joinhaim@harel-ins.co.il</p>	<p>טופס הצטרפות לביטוח חיים קבוצתי קולקטיב מרכז : 295669 מספר פוליסה : 897171430 מספר מסמך : 19024</p>
<p>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 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.</p>	

<p>הראל חברה לביטוח בע"מ אגודת עובדי התעשייה האווירית לישראל, תעשייה אווירית, נתב"ג 70100</p>	<p>החברה המבטחת שם בעל הפוליסה וכתובתו עיקרי הכיסויים הביטוחיים</p>
<p>ריסק למקרה פטירה - מות המבוטח שארע במהלך תקופת הביטוח תזכה את המוטבים בתגמולי הביטוח.</p>	<p>הכיסוי: ריסק למקרה פטירה-עובד ובן זוגו בגיל 18-30 ריסק למקרה פטירה-עובד ובן זוגו בגיל 31-40 ריסק למקרה פטירה-עובד ובן זוגו בגיל 41-50 ריסק למקרה פטירה-עובד ובן זוגו בגיל 51-60 ריסק למקרה פטירה-עובד ובן זוגו בגיל 61-70</p>
<p>סכום הביטוח ₪ 400,000 ₪ 300,000 ₪ 200,000 ₪ 100,000 ₪ 75,000</p>	<p>פרמיה שנתית ₪ 275 ₪ 275 ₪ 275 ₪ 275 ₪ 275</p>
<p>עבור העובד ובן זוגו – 100% על חשבון העובד בניכוי משכרו שנתית</p>	<p>משלם הפרמיה ואמצעי תשלום תדירות תשלום הפרמיה סוג הפרמיה (משתנה/קבועה) תקופת הביטוח החרגות</p>
<p>משתנה בהתאם לגיל המבוטח. 12 חודשים, החל מיום 01/01/2021 ועד ליום 31/12/2021 והכל בכפוף לתנאי הפוליסה והוראות הדין. ישנם חריגים והגבלות לחבות החברה כמפורט בתנאי הכיסוי.</p>	<p>עבור העובד ובן זוגו – 100% על חשבון העובד בניכוי משכרו שנתית משתנה בהתאם לגיל המבוטח. 12 חודשים, החל מיום 01/01/2021 ועד ליום 31/12/2021 והכל בכפוף לתנאי הפוליסה והוראות הדין. ישנם חריגים והגבלות לחבות החברה כמפורט בתנאי הכיסוי.</p>

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 דנ"י</p> <p>כתובת דואר אלקטרוני: _____@_____</p> <p>מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, הדייווחים 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 במייל לחברת הביטוח.</p>										

המוטבים למקרה מוות*						
שם מלא	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה	קרבה	והחלק באחוזים	
1.						
2.						
3.						
				סה"כ	100%	

*יובהר, כי ככל שבן/ בת הזוג מעוניינים למנות מוטבים, עליהם למלא את טופס מינוי המוטבים המצ"ב ולשלוח את הטופס כשהוא חתום על-ידו/ה להראל. בהעדר מינוי מוטבים, בטופס זה על-ידי המבוטח או בטופס מינוי מוטבים המצ"ב על-ידי בן/ בת הזוג, הסכומים ישולמו בחלוקה שווה בהתאם לזכאות ליורשים החוקיים על פי דין, או בכפוף לצו ירושה או צו קיום צוואה.

מידע למועמד לביטוח	
<p>1. כל התשובות המפורטות בהצעה זו ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו, ככל שרלוונטי.</p> <p>2. המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסה וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסה ולטיפול בה.</p> <p>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 www.harel-group.co.il. שכתובתו:</p> <p>4. יובהר כי תיתכנה החרגות והגבלות כלליות על היקף הכיסוי. ניתן למצוא פירוט ההחרגות וההגבלות בתנאי הפוליסה.</p> <p>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.</p>	<p>הצהרת המועמד לביטוח</p> <p>1. אני מבקש להצטרף לתוכנית כאמור בטופס זה ובהתאם למידע המהותי לעיל.</p> <p>2. לצורך תשלום דמי הביטוח הנני נותן הרשאה לתעשייה האווירית לישראל לנכות מהכספים המגיעים לי, את הפרמיה, כפי שיקבע בין בעל הפוליסה לבין חברת הביטוח.</p> <p>3. אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני החופשי.</p> <p>תאריך _____ חתימת מועמד לביטוח _____</p> <p>4. אני מבקש לצרף לתוכנית כאמור בטופס זה ובהתאם למידע המהותי לעיל את בן/ת זוגי, חתימת מועמד לביטוח _____</p>