

בקשת המעסיק לרכישת אי כושר עבודה בשיעור נקוב (אחוז פיצוי משכר) ע"ח מעסיק מחוץ להפרשות נספח לטופס מור פנסיוני לשכירים

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס ביטוח חיים 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

הבקשה הגיעה באמצעות:

סוכן/סוכנות הביטוח:

מס' סוכן:

חתימת סוכן:

לכבוד:

הראל ביטוח בע"מ
רחוב אבא הלל 3, ת.ד. 1951 רמת גן 5211802
אגף ביטוח חיים
פוליסה/הצעה מס':

א פרטי העובד

שם משפחה	שם פרטי		מס' ח.פ. / תעודת זהות
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד
מס' טלפון	מס' נייד		
דוא"ל @			

ב פרטי המעביד

שם החברה	מס' ח.פ. / תעודת זהות	
רחוב	מס'	ישוב
שם איש קשר	מס' טלפון	מס' נייד
דוא"ל @		

ג אחוז פיצוי משכר לרכישת אובדן כושר עבודה עבור העובד

אני החתום מטה, המעביד, מבקש לרכוש עבור העובד בפוליסה לביטוח שכירים על שמו, כיסוי לאובדן כושר עבודה* בשיעור של: %


(אחוז פיצוי משכר לכיסוי אובדן כושר עבודה עד 75% מהשכר).

*תנאי הכיסוי וההרחבות הם כמפורט בטופס ההצעה לביטוח פנסיוני המצורף

ד הצהרת המעביד וחתימה

1. מאחר ואפשרתי קניית כיסוי אובדן כושר עבודה בשיעור נקוב, כל העלות עבור כיסוי אובדן כושר עבודה תשולם על ידי, ככל שידרש.
2. ידוע לי כי במידה והעלות הינה גבוהה מהתקרה, הסכום העודף שישולם מעבר לתקרה, לא יוכר לי כהוצאה.


שם מעביד:

חתימה וחותמת מעביד: 

תאריך:

ה חתימת העובד

שם העובד:

חתימת העובד: 

תאריך:

כלל תנאי הפוליסה הם כמפורט בטופס ההצעה לביטוח הפנסיוני המצורף וכפופים להוראות הדיון.



dt3180