

מידע מהותי למועמד הביטוח

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.

הראל חברה לביטוח בע"מ		החברה המבטחת
הטכניון מכון טכנולוגי לישראל, קריית הטכניון, חיפה		שם בעל הפוליסה וכתובתו
- ריסק למקרה פטירה - מות המבוטח שארע במהלך תקופת הביטוח תזכה את המוטבים בתגמולי הביטוח		עיקרי הכיסוי הביטוחי
- מוות מתאונה - 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.		
- נכות מתאונה - במקרה של נכות צמיתה כתוצאה מתאונה, 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.		
סכום הביטוח	פרמיה (ללא תוספת רפואית)	הכיסוי
157,007	27.64 ₪	ריסק מוות
157,007	3.29 ₪	מוות מתאונה
157,007	3.29 ₪	נכות מתאונה
157,007	12.35 ₪	נכות תמידית ממחלה
הפרמיות וסכומי הביטוח יהיו צמודים למדד 12378 נק' אשר פורסם ביום 15/09/2014.		
הפרמיה תשולם הן ע"י המעסיק והן ע"י העובד בניכוי מהשכר.		משלם הפרמיה ואמצעי התשלום
חודשית		תדירות תשלום הפרמיה
36 חודשים, החל מיום 01/01/2015 ועד ליום 31/12/2017 או עד גיל תום הביטוח המוקדם מבניהם והכל כפוף לתנאי הפוליסה והוראות הדין.		תקופת הביטוח
ישנם חריגים והגבלות לחבות החברה כמפורט בתנאי הכיסוי.		החרגות



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

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

שים לב, עליך להשיב תשובה מלאה וונה 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 :

פרטי המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה	מין	מקצוע עיסוק	תחביבים מסוכנים
רחוב	מס' ישוב	מיקוד	טלפון נייד			
אישור מועמד לקבלת דוחות לעמית למועמד הראשון לביטוח בדוא"ל : אני מסכים כי הדוח השנתי לעמית ישלח לדוא"ל שלי בכתובת @..... וזאת במקום באמצעות הדואר.						
ככל שיהיה שינוי בכתובת או טלפון המפורטים לעיל, יש להודיע על כך במייל לחברת הביטוח.						

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 לזכויות ליורשים החוקיים על פי דין, או בכפוף לצו ירושה או צו קיום צוואה.

מידע למועמד לביטוח

- כל התשובות המפורטות בהצעה זו וכן התשובות להצהרת הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינד לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו, ככל שרלוונטי.
- הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה, למעט במקרים המפורטים בד"ר, ככל שרלוונטי.
- לידיעתך, הוספת כיסוי נוסף, הרחבה או כתב שירות לפוליסת הביטוח שברשותך נתונה לבחירתך, והנך רשאי לבחור בהם או לוותר עליהם, מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה, ככל שרלוונטי.
- המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסה וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסה ולטיפול בה.
- הכיסוי הביטוחי ייכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחלטות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטחת.

אישור למסירת מידע מהותי (שים לב, שאלה זו מתייחסת לטבלה המצורפת לטופס הצטרפות זה)

האם נמסר לך טרם חתימתך או בעת חתימתך על טופס זה, מידע מהותי ו/או טבלה בה מפורט המידע מהותי לגבי הביטוח, אשר כלל, לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי; פרמיית הביטוח, לרבות האם היא קבועה או משתנה; תקופת הביטוח; סכומי ביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים; הודעה על קיומן של תקופת אכשרה, תקופת המתנה, החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות בדבר מצב רפואי קודם, סכומי ביטוח או השתתפות עצמית (אם ישנם) ואודות אפשרותך לקבל פרטים מלאים עליהן? כן לא * **במידה ולא תסומן תשובה או תסומן תשובה שלילית לא תצורף לביטוח.**

לביטוח. לצירוף לביטוח, אנא פנה לחברת הראל לצורך קבלת המידע המהותי וחתימה על טופס הצטרפות.

במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים אלו ו/או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח ואת כתבי השירות הנלווים לה, באפשרותך לפנות להראל ו/או לסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו ולקבלם בכתב. בנוסף תנאי הפוליסה המלאים מצויים באתר החברה שכתובתו:

www.harel-group.co.il

תאריך שם המועמד לביטוח חתימת המועמד לביטוח

הצהרת המועמד לביטוח

- אני מבקש להצטרף לתוכנית כאמור בטופס זה.
- לצורך תשלום דמי הביטוח הנני נותן הרשאה לרשות השידור לנכות מהכספים המגיעים לי, את הפרמיה, כפי שתיקבע בין בעל הפוליסה לבין חברת הביטוח.
- אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני החופשי.

תאריך חתימת מועמד לביטוח