



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](mailto:joinhaim@harel-ins.co.il)

**טופס הצטרפות לביטוח חיים קבוצתי**  
 קולקטיב מרכז: 549937  
 מספר פוליסה: 843409088  
 מספר מסמך: 19024

**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, המבוטח עפ"י הפוליסה, פונה אליכם בהצעה לביטוח חיים כמפורט להלן:  
 מבוטח נכבד,

להלן **מידע מהותי** אודות הכיסוי הביטוחי המוצע בפוליסה הקבוצתית אשר רכשת.  
**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.**

<b>החברה המבטחת</b>		הראל חברה לביטוח בע"מ	
<b>שם בעל הפוליסה וכתובתו</b>		האוניברסיטה הפתוחה, רח' רבוצקי 108, רעננה.	
<b>עיקרי הכיסוי הביטוחי</b>		<b>ריסק למקרה פטירה</b> - מות המבוטח שארע במהלך תקופת הביטוח תזכה את המוטבים בתגמולי הביטוח	
<b>נכות מתאונה</b> - במקרה של נכות צמיתה כתוצאה מתאונה, תשלם החברה למבוטח את סכום הביטוח המתייחס לנספח זה וזאת בהתאם לשיעור הנכות.		<b>נכות מתאונה</b> - במקרה של נכות צמיתה כתוצאה מתאונה, תשלם החברה למבוטח את סכום הביטוח המתייחס לנספח זה וזאת בהתאם לשיעור הנכות.	
<b>הרחבה/כיסוי נוסף למקרה נכות מוחלטת ותמידית</b> - נכות מוחלטת ותמידית שנגרמה עקב תאונה או מחלה שארעה בתקופת הביטוח.		<b>הרחבה/כיסוי נוסף למקרה נכות מוחלטת ותמידית</b> - נכות מוחלטת ותמידית שנגרמה עקב תאונה או מחלה שארעה בתקופת הביטוח.	
<b>הכיסוי</b>		<b>פרמיה (ללא תוספת רפואית)</b>	
<b>ריסק מוות (רובד בסיסי והרחבה)</b>		23.40 ₪	155,752 ₪
<b>נכות מתאונה (רובד בסיסי והרחבה)</b>		7.1 ₪	155,752 ₪
<b>נכות מוחלטת ותמידית (רובד בסיסי והרחבה)</b>		17.1 ₪	155,752 ₪
<b>משלם הפרמיה ואמצעי התשלום</b>		<b>רובד בסיסי</b> - הפרמיה תשולם על ידי המעסיק והעובד בניכוי משכר. בני זוג- פרמיה תשולם על ידי העובד בניכוי משכרו. <b>רובד רחבה</b> - הפרמיה תשולם במלואה על ידי העובד בניכוי משכרו.	
<b>תדירות תשלום הפרמיה</b>		חודשית	
<b>סוג הפרמיה (משתנה/קבועה)</b>		קבועה	
<b>תקופת אכשרה/המתנה</b>		ללא	
<b>תקופת הביטוח</b>		36 חודשים, החל מיום 01/02/2019 ועד ליום 31/01/2022 או עד גיל תום לפי המוקדם מבניהם והכל בכפוף לתנאי הפוליסה והוראות הדין.	
<b>החרגות</b>		ישנם חריגים והגבלות לחבות החברה כמפורט בתנאי הכיסוי.	

פרטי המבוטח										
שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה	מין	מקצוע עיסוק	תחביבים מסוכנים	רחוב	מס'	ישוב	מיקוד
										טלפון נייד

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.**

הריני מבקשת/לצרף את ב/ת זוגי מר/גב' \_\_\_\_\_, ת.ז. \_\_\_\_\_ לביטוח הקבוצתי דנן.

המוטבים למקרה מוות*										
שם המשפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה	קרבה	והחלק באחוזים	1	2	3	4	5
					סה"כ	100%				

\* יובהר, כי ככל שב/ת הזוג מעוניינים למנות מוטבים, עליהם למלא את טופס מינוי המוטבים המצ"ב ולשלוחו 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 למבוטח	
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. בנוסף תנאי הפוליסה המלאים מצויים באתר החברה שכתובתו: <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a> .
4.	יובהר כי תיתכנה חחרגות והגבלות כלליות על היקף הכיסוי. ניתן למצוא פירוט החחרגות 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 לעשכן פרטים אלו, יש לבצע זאת באמצעות בעל הפוליסה.

הצהרת המבוטח	
1.	אני מבקש להמשיך את הביטוח כאמור בטופס זה ובהתאם למידע המהותי לעיל.
2.	לצורך תשלום דמי הביטוח הנני נותן הרשאה לאוניברסיטה הפתוחה לנכות מהסכמים 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.
4.	אני מבקש לצרף לתוכנית כאמור בטופס זה ובהתאם למידע המהותי לעיל את ב/ת זוגי, חתימת מועמד לביטוח
תאריך..... חתימת מועמד לביטוח	