

ביטוח חיים קולקטיבי

עובד.ת יקר.ה

באפשרותך להצטרף לביטוח חיים ריזיקו קבוצתי עפ"י ההסכמים.

הביטוח מכסה מקרה של נכות קבוע או מוות ומאפשר למוטבי הפוליסה שיפוי.

(לחברת עם עיקרי הפוליסה לקחו **כאן**)

הפרמיה משולמת ע"י מוסד הטכניון והעובד.ת בחלקים שווים. חלק העובד.ת מנוכה באמצעות

מחלקת שכר ועל פי חוק מבוצעת זקיפת מס על חלק המעביד.

לפניך שני טפסים :

1. טופס הצטרפות לביטוח – במידה ואת.ה מעוניין.ת בביטוח.

2. טופס ויתור על הצטרפות – במידה ואינך מעוניין.ת בביטוח.

נבקשך למלא בהתאם לבחירתך ולשלוח למחלקת משאבי אנוש במייל.



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

טופס הצטרפות לביטוח חיים קבוצתי
קולקטיב מרכז: 295849
פוליסה: 865395633
מספר מסמך: 19024

שים לב, עליך להשיב תשובה מלאה ונכונה 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:

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.

החברה המבטחת	
הראל חברה לביטוח בע"מ	
מוסד הטכניון למחקר ופיתוח בע"מ, קריית הטכניון, חיפה	
שם בעל הפוליסה וכתובתו	
עיקרי הכיסוי הביטוחי	
- ריסק למקרה פטירה - מות המבוטח שארע במהלך תקופת הביטוח תזכה את המוטבים בתגמולי הביטוח	
- מוות מתאונה - מות המבוטח שנגרם כתוצאה מתאונה כהגדרתה בפוליסה, שאירעה בתקופת הביטוח, ובלבד שמוותו 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.	
הכיסוי	פרמיה חודשית לכיסוי
ריסק מוות	20.34 ₪
מוות מתאונה	2.42 ₪
נכות מתאונה	2.42 ₪
נכות תמידית ממחלה	9.10 ₪
משלם הפרמיה ואמצעי התשלום	הפוליסה תשולם 50% על ידי העובד בניכוי מהשכר ו- 50% על חשבון בעל הפוליסה
תדירות תשלום הפרמיה	חודשית
סוג הפרמיה (משתנה/קבועה)	קבועה
תקופת אכשרה/המתנה	ללא
תקופת הביטוח	36 חודשים, החל מיום 01/03/2021 ועד ליום 28/02/2024 או עד גיל תום הביטוח המוקדם מבניהם והכל כפוף לתנאי הפוליסה והוראות הדין.
החירויות	ישנם חריגים והגבלות לחבות החברה כמפורט בתנאי הכיסוי.

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: @
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 במייל לחברת הביטוח.

המוטבים למקרה מוות*										
שם המשפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה	קרבה	והחלק באחוזים	רחוב				מס' ישוב
1.										
2.										
3.										
4.										
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.

ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח
רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים לרשות שוק ההון, עליך ליצור קשר עם חברתנו לאחר צירוף לפוליסה. לידעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח של כל חברות הביטוח בישראל. באפשרותך להגיש בקשה להסרת מידע כאמור באזור האישי שלך באתר האינטרנט שלנו בכתובת: www.harel-group.co.il. שים לב כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתיידות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניין בהעברת הנתונים, הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

מידע למועמד לביטוח

- כל התשובות המפורטות בהצעה זו יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך 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. ניתן למצוא מידע גם באמצעות אתר החברה שכתובתו: www.harel-group.co.il.
- יובהר כי תיתכנה חחרגות והגבלות כלליות על היקף הכיסוי. ניתן למצוא פירוט החחרגות וההגבלות בתנאי הפוליסה.
- 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.

הצהרת המועמד לביטוח

- אני מבקש להצטרף לתוכנית כאמור בטופס זה ובהתאם למידע המהותי לעיל.
- לצורך תשלום דמי הביטוח הנני נותן הרשאה למוסד הטכניון לנכות מהכספים המגיעים לי, את הפרמיה, בכפוף לתנאי הפוליסה כפי שייקבע בין בעל הפוליסה לבין חברת הביטוח.
- אני מצהיר ומתחייב בואת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני החופשי.

תאריך: חתימת מועמד לביטוח:

לכבוד: _____

ויתור על הצטרפות לביטוח חיים קולקטיבי

1. בהתאם להסדרים הנוהגים בטכניון הינדך זכאית להיות מבוטח/ת בביטוח חיים קבוצתי ("ריזיקו").
2. סכום הפוליסה, נכון להיום, עומד על סך של 157,000 ₪, סכום הפרמיה הכולל הוא כ-34.28 ₪ - כאשר מחציתו מנוכה משכר העובד, והמחצית השניה משולמת ע"י מוסד הטכניון.
3. **יובהר כי משמעות אי הצטרפות להסדר ביטוחי זה הינה היעדר הכיסוי הביטוחי, והעדר זכאות לסכום הפוליסה במקרה של מוות ונכות (לפי תנאי הפוליסה).**
4. במידה ואינך מעוניין/ת בכיסוי הביטוח האמור, אנא חתום/י על ההצהרה שלהלן:

"הנני מצהיר/ה ומתחייב/ת כי **איני** מסכים/ה להיות מבוטח/ת במסגרת הסדר הביטוח הקבוצתי בטכניון, וכי הובהר לי ש**משמעות החלטה זו היא היעדר הכיסוי הביטוחי האמור במקרה של מוות ונכות** (בהתאם לתנאי הפוליסה), וכי הטכניון לא יהא אחראי לנזק או הפסד הנובעים מהיעדר כיסוי כאמור.
הנני מתחייב/ת כי לא תהא לי, לחליפי, לעזבוני, למוטבי ביטוח החיים האמור, או ליורשי, כל טענה כלפי הטכניון בגין העדר הכיסוי הביטוחי כאמור והנני מתחייב/ת לשפות את הטכניון בגין כל תביעה כאמור".

על החתום:

שם העובד _____ מס' ת"ז _____

חתימה _____ תאריך _____