

הצעה לביטוח חיים קבוצתי

קולקטיב מרכז: 358958
מספר פוליסה: 905551531
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

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.

במידה ובוצעו 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 החרגות והגבלות כלליות על היקף הכיסוי. ניתן למצוא את פירוט ההחרגות וההגבלות בתנאי הפוליסה.

החברה המבטחת		הראל חברה לביטוח בע"מ
שם בעל הפוליסה וכתובתו		עמותת עובדי סגל המחקר בקמ"ג, רחוב ווטסון 17, חיפה
עיקרי הכיסויים הביטוחיים		ריסק למקרה פטירה - מות המבוטח שארע במהלך תקופת הביטוח תזכה את המוטבים בתגמולי הביטוח.
הכיסוי	פרמיה חודשית	סכום הביטוח
ריסק למקרה פטירה-עובד ובן זוגו בגיל 18-67 (גיל מרבי לביטוח 67 או כל עוד העובד הינו עובד קמ"ג אבל לא יותר מגיל 72 או בן/ת זוגו לא יותר מגיל 75).	47 ₪	300,000 ₪
משלם הפרמיה ואמצעי תשלום		עבור העובד ובן זוגו - המבוטח בניכוי משכרו
תדירות תשלום הפרמיה		חודשית
סוג הפרמיה (משתנה/קבועה)		קבועה
תקופת אכשרה/המתנה		ללא
תקופת הביטוח		החל מיום 01/03/2025 ועד ליום 28/02/2028 והכל בכפוף לתנאי הפוליסה והוראות הדין.
החרגות		ישנם חריגים והגבלות לחבות החברה כמפורט בתנאי הכיסוי.

שים לב, עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח

א. פרטי המועמדים לביטוח												
ס"ב מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		מין				
								☐ זכר ☐ נקבה		עובד/ת		
רחוב ומס' בית		ישוב		מקוד		מס' טלפון בבית		מס' טלפון נייד		כתובת מגורים		
תחביבים מסוכנים						מקצוע /עיסוק						
								☐ זכר ☐ נקבה		בן/בת זוג		
רחוב ומס' בית		ישוב		מקוד		מס' טלפון בבית		מס' טלפון נייד		כתובת מגורים		
תחביבים מסוכנים						מקצוע /עיסוק						
כתובת דוא"ל (E-mail) להודעות אישיות ודיוורים		עובד/ת		@								
		בן/בת זוג		@								
אופן קבלת הודעות ומסמכים: 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 יש לסמן כאן ☒ . לתשומת לבך, ככל שלא קיימים אמצעים דיגיטליים ברשות הראל, המסמכים יישלחו בדואר ישראל. בכל שכיבה ושנוי רכמורה או נולדו במסגרתה לטיפול יש להודיע על כך באופן מידתי למרכז הביטוח.												

ב. המוטבים למקרה מוות*					
שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תעודת זהות	קרבה	החלק באחוזים
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
סה"כ					100%

* בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על פי דין בכפוף לצו ירושה או צוואה וצו קיום צוואה.

** 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.

ג. מידע למועמדים לביטוח				
1. כל התשובות המפורטות בהצעה זו יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בין לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו, ככל שרלוונטי. 2. 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. 3. פרטיות - הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ["הראל"] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו. פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה דיוור ישיר בקישור https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB. 4. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי הביטוח 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 צירוףך לפוליסה. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל 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 ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניין בהעברת הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו. 5. שליחת דבר פרסומת א. הודעה על קבלת דבר פרסומת של החברה: הפרטים שמסרת יישמשו לצורך משלוח דברי פרסומת מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט. באפשרותך לסרב בכל עת ב: unsubscribe1@harel-ins.co.il; https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS; במספר *2735; קוד QR:  ב. הסכמה לקבלת דברי פרסומת נוספים: ☐ בנוסף על פרסומות שהחברה רשאית לשלוח לי בהתאם להודעה שניתנה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסומות על שירותים ומוצרים מכלל החברות בקבוצת הראל, שותפיהן העסקיים וצדדים שלישיים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט. *קבוצת הראל - הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה. לתשומת ליבך, אי-סימון לא יחשב כסירוב לקבלת דברי פרסומת מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואינו מבטל הסכמה קודמת. באפשרותך לחזור בך מהסכמתך בכל עת. 6. הכיסוי הביטוחי יכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטחת. 7. למעשנים בלבד: לתשומת ליבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתביחן האפשרות לשנות תעריף בכיסויים הרלוונטיים עבור פוליסה זו. <tr> <th>ד. הצהרת המועמדים לביטוח</th></tr> <tr> <td> 1. אני מבקש להצטרף לתוכנית כאמור בטופס זה ובהתאם למידע המהותי לעיל. 2. לצורך תשלום דמי הביטוח העובד/ת נותן הרשאה לעמותת עובדי סגל המחקר לנכות מהכספים המגיעים לי, את הפרמיה עבור כל המבוטחים בפוליסה, בכפוף לתנאי הפוליסה כפי שנקבעו בין בעל הפוליסה לבין חברת הביטוח. 3. אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני החופשי. </td></tr> <tr> <th>4. ויתור סודיות רפואית</th></tr> <tr> <td> אני/נו החתום/ים מטה נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלת ביטוח המבוקש למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ולהראל פנסיה (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש. ולא תהיינה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבוננו/נו ובאי כוחנו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו/נו הקטינים. </td></tr>	ד. הצהרת המועמדים לביטוח	1. אני מבקש להצטרף לתוכנית כאמור בטופס זה ובהתאם למידע המהותי לעיל. 2. לצורך תשלום דמי הביטוח העובד/ת נותן הרשאה לעמותת עובדי סגל המחקר לנכות מהכספים המגיעים לי, את הפרמיה עבור כל המבוטחים בפוליסה, בכפוף לתנאי הפוליסה כפי שנקבעו בין בעל הפוליסה לבין חברת הביטוח. 3. אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני החופשי.	4. ויתור סודיות רפואית	אני/נו החתום/ים מטה נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלת ביטוח המבוקש למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ולהראל פנסיה (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש. ולא תהיינה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבוננו/נו ובאי כוחנו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו/נו הקטינים.
ד. הצהרת המועמדים לביטוח				
1. אני מבקש להצטרף לתוכנית כאמור בטופס זה ובהתאם למידע המהותי לעיל. 2. לצורך תשלום דמי הביטוח העובד/ת נותן הרשאה לעמותת עובדי סגל המחקר לנכות מהכספים המגיעים לי, את הפרמיה עבור כל המבוטחים בפוליסה, בכפוף לתנאי הפוליסה כפי שנקבעו בין בעל הפוליסה לבין חברת הביטוח. 3. אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני החופשי.				
4. ויתור סודיות רפואית				
אני/נו החתום/ים מטה נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלת ביטוח המבוקש למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ולהראל פנסיה (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש. ולא תהיינה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבוננו/נו ובאי כוחנו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו/נו הקטינים.				

תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
עובד/ת			