

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
האגודה הישראלית לדיפלומטיה – מצדה 7 בני ברק, 5126112, אצל משרד בשה זבידה ושות' עו"ד.						שם בעל הפוליסה וכתובתו
- ריסק למקרה פטירה - מות המבוטח שארע במהלך תקופת הביטוח תזכה את המוטבים בתגמולי הביטוח						עיקרי הכיסוי הביטוחי
- נכות מתאונה - במקרה של נכות צמיתה כתוצאה מתאונה, תשלם החברה למבוטח את סכום הביטוח המתייחס לנספח זה וזאת בהתאם לשיעור הנכות המוחלטת.						
- עוד בחיים – הקדמת מחצית סכום הביטוח למקרה פטירה במקרה של גילוי מחלה סופנית.						
עוד בחיים		נכות מתאונה		ריסק		הכיסוי
פרמיה (₪)	סכום ביטוח (₪)	פרמיה (₪)	סכום ביטוח (₪)	פרמיה (₪)	סכום ביטוח (₪)	רובד בסיס (אובליגטורי)
---	125,000	31	250,000	9	250,000	גיל 18-40
---	125,000	30	250,000	17	250,000	גיל 41-55
---	125,000	59	250,000	26	250,000	גיל 56-63
---	125,000	41	250,000	54	250,000	גיל 64-70
פרמיה (₪)	סכום ביטוח (₪)	פרמיה (₪)	סכום ביטוח (₪)	פרמיה (₪)	סכום ביטוח (₪)	רובד הרחבה* (וולנטרי)
---	125,000	31	250,000	9	250,000	גיל 18-40
---	125,000	30	250,000	17	250,000	גיל 41-55
---	125,000	59	250,000	26	250,000	גיל 56-63
---	125,000	41	250,000	54	250,000	גיל 64-70
* רובד הרחבה - מבוטח אשר יהיה מעוניין להרחיב את הביטוח באופן אישי ועל חשבונו, תינתן הזכות לרכוש הרחבה וולנטרית בכפוף לתנאי הפוליסה ולחתימה בעמ' הבא						
100% ע"ח חבר האגודה עבורו ועבור בן/ת זוגו עבור רובד בסיס ורובד ההרחבה (במידה ונבחר)						משלם הפרמיה ואמצעי התשלום
חודשית						תדירות תשלום הפרמיה
משתנה						סוג הפרמיה (משתנה/קבועה)
60 חודשים, החל מיום 01.06.2024 ועד ליום 31.05.2029 או עד לגיל תום הביטוח לפי המוקדם מבניהם והכל בכפוף לתנאי הפוליסה והוראות הדין.						תקופת הביטוח
ישנם חריגים והגבלות לחבות החברה כמפורט בתנאי הכיסוי.						החרגות

הצהרת המועמד לביטוח

אני מבקש להצטרף לתוכנית כאמור בטופס זה ובהתאם למידע המהותי לעיל.

תאריך חתימת מועמד לביטוח



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 : 072522
מספר פוליסה : 509943422
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, 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		

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 אלא 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.

הריני מבקש/ת לצרף את בן/ת זוגי מר/גב' _____, ת.ז. _____ לביטוח הקבוצתי דנן*

* יובהר כי ככל שבן/ בת הזוג מעוניינים למנות מוטבים, עליהם למלא את טופס מינוי המוטבים המצ"ב ולשלוח 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.

המוטבים למקרה מוות – עבור מבוטח ראשי בלבד**

שם המשפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה	קרבה	החלק באחוזים
1.					
2.					
3.					
4.					
					סה"כ 100%

**בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו בחלוקה שווה בהתאם לזכאות ליורשים החוקיים על פי דין, או בכפוף לצו ירושה או צו קיום צוואה.

מידע למועמד לביטוח

- כל התשובות המפורטות בהצעה זו יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינד 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 חברה לביטוח בע"מ בהתאם לפרטים המופיעים בתחילת הצעה זו ולקבלם בכתב. ניתן למצוא מידע גם באמצעות אתר החברה www.harel-group.co.il.
שכתובתו:
- יובהר כי תיתכנה חחרגות והגבלות כלליות על היקף הכיסוי. ניתן למצוא פירוט ההחרגות וההגבלות בתנאי הפוליסה.
- יובהר כי פרטיך האישיים המופיעים אצלנו לצרכי דיוור ויצירת קשר עמד 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.
- הכיסוי הביטוחי יכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטחת.

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.
לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח של כלל 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, הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

הצהרת המועמד לביטוח

- אני מבקש להצטרף לתוכנית כאמור בטופס זה ובהתאם למידע המהותי המצורף לו.
 רובד בסיס רובד הרחבה (ניתן להצטרף לרובד ההרחבה רק במידה ונרכש רובד הבסיס)
- לצורך תשלום דמי הביטוח הנני נותן הרשאה לאגודה הישראלית לדיפלומטיה לנכות מהכספים המגיעים לי, את הפרמיה, כפי שתקבע בין בעל הפוליסה לבין חברת הביטוח.
- אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני החופשי.
תאריך חתימת מועמד לביטוח
- אני מבקש לצרף לתוכנית כאמור בטופס זה ובהתאם למידע המהותי לעיל את בן/ת זוגי,
 רובד בסיס רובד הרחבה (ניתן להצטרף לרובד ההרחבה רק במידה ונרכש רובד הבסיס)
חתימת מועמד לביטוח