

**טופס הצטרפות לביטוח
בפוליסת ביטוח חיים קבוצתית עבור קרנות הסוהרים**

טופס הצטרפות לביטוח חיים קבוצתי קולקטיב: 545136 פוליסה: 502471137 קוד מסמך: 19024		הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד. נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם. יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס 08-6636232 או במייל KarinP@ips.gov.il
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:		
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 שם בעל הפוליסה וכתובתו עיקרי הכיסוי הביטוחי	הראל חברה לביטוח בע"מ קרנות הסוהרים - ריסק למקרה פטירה - מות המבוטח שארע במהלך תקופת הביטוח תזכה את המוטבים בתגמולי הביטוח. - עוד בחיים - הקדמת מחצית סכום הביטוח למקרה פטירה במקרה של גילוי מחלה סופנית. - נכות מוחלטת ותמידית - נכות מוחלטת ותמידית של המבוטח שנגרמה עקב תאונה או מחלה שארעה במהלך תקופת הביטוח ושגרמה לנכות מוחלטת ותמידית של המבוטח.	הכיסוי פטירת עמית/עובד עד גיל 30 פטירת עמית/עובד בגילאים 31-45 פטירת עמית/עובד בגילאים 46-57 פטירת עמית/עובד בגילאים 58-60 פטירת עמית/עובד בגילאים 61-65 פטירת עמית/עובד בגילאים 66+ עוד בחיים***
סכום ביטוח 500,000 ₪ 500,000 ₪ 500,000 ₪ 500,000 ₪ 160,000 ₪ 80,000 ₪	פרמיה חודשית 35 ₪ 55 ₪ 95 ₪ 145 ₪ 145 ₪ 155 ₪	נכות מוחלטת ותמידית – למבוטח המשרת בשירות בתי הסוהר הצמדה משלם הפרמיה ואמצעי התשלום תדירות תשלום הפרמיה סוג הפרמיה (משתנה/קבועה) תקופת אכשרה/המתנה תקופת הביטוח החרגות
הפרמיות וסכומי הביטוח אינם צמודים למדד 100% ע"ח העמית/עובד עבורו ועבור בן/ת זוגו		לתשומת לבך, אם הנך מגויס חדש והצטרפת לביטוח החל מהתאריך ה-01/05/2022 וטרם מלאו לך 30 שנים, תינתן לך הנחה בגובה 100% מעלות הכיסויים הביטוחיים המפורטים במסגרת טופס זה וזאת למשך שנה ממועד הגיוס. הטבה זו למצטרפים תוך 30 יום ממועד הגיוס.
חודשית משתנה לפי גיל ללא החל מיום 01/05/2022 ועד ליום 30/04/2027 או עד גיל תום הביטוח המוקדם מבניהם והכל כפוף לתנאי הפוליסה והוראות הדין.		ישנם חריגים והגבלות לחבות החברה כמפורט בתנאי הכיסוי.

פרטי המועמד לביטוח									
שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה	מין	תאריך גיוס	תחביבים מסוכנים			
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	טלפון נייד					
הריני מבקש/ת לצרף את בן/ת זוגי מר/גב' _____, ת.ז. _____ תאריך לידה _____ / _____ / _____ תאריך נישואין _____ / _____ / _____ נייד: _____ לביטוח הקבוצתי דנ* 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 במידי לחברת הביטוח.									

*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. 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**

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

מידע למועמד לביטוח

- כל התשובות המפורטות בהצעה זו ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח ביןך לבין החברה ויהיו 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 שכתובתו: www.harel-group.co.il.
- יובהר כי תיתכנה החרגות והגבלות כלליות על היקף הכיסוי. ניתן למצוא פירוט ההחרגות 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.
- הכיסוי הביטוחי יכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטחת.

הצהרת המועמד לביטוח

- אני מבקש להצטרף לתוכנית כאמור בטופס זה ובהתאם למידע המהותי המצורף לו.
 - לצורך תשלום דמי הביטוח הנני נותן הרשאה לקרנות הסוהרים 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
- אני מבקש לצרף לתוכנית כאמור בטופס זה ובהתאם למידע המהותי לעיל את בן/ת זוגי,
- חתימת מועמד לביטוח

