

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס 03-7348169. ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70.

הבקשה הגיעה באמצעות:

שם סוכן / סוכנות הביטוח: מס' סוכן חתימת הסוכן:

לכבוד:

הראל ביטוח בע"מ, אגף ביטוח חיים
רחוב אבא הלל 3, ת.ד. 1591 רמת גן 5211802

א פרטי המבוטח

| | | |
|--|----------------|-------|
| שם המבוטח | ת.ז. | עיסוק |
| רחוב | מס' | יישוב |
| מס' טלפון | מס' טלפון נייד | |
| <p>אישור לקבלת דוחות לעמית בדוא"ל: אני מסכים כי הדוח השנתי לעמית ישלח לדואר האלקטרוני שלי בכתובת@..... וזאת במקום באמצעות הדואר.</p> | | |

ב פרטי המעסיק

| | | |
|---------------|---------------------------|-------------------------|
| שם המעסיק | ח.פ./ע.מ./מס' תיק ניכויים | מס' מעסיק אם קיים בהראל |
| רחוב | מס' | יישוב |
| מס' טלפון | דוא"ל | E-Mail |
| איש קשר בחברה | תפקיד איש הקשר | טלפון איש הקשר |

ג הודעת המעסיק

אני מסכים לרשום את המעסיק להיות המעסיק בפוליסה/ות המנהלים, כמפורט להלן:

החל מחודש שנה תאריך תשלום פרמיה ראשונה:

תאריך קבלת הבעלות הינו תאריך תשלום פרמיה ראשונה ששולמה ע"י המעסיק החדש.

ד אופן חלוקת השכר לפוליסות ביטוח חיים

| | | | |
|--------------|--------|--------|--------|
| מס' פוליסה | ש"ח | ש"ח | ש"ח |
| שכר בפועל | | | |
| פיצויים |% |% |% |
| תגמולי מעביד |% |% |% |
| תגמולי עובד |% |% |% |

אופן תשלום הפרמיה לאובדן כושר עבודה (הפיצוי מוגבל עד 75% מהשכר)*

| | | |
|---|--|--|
| משכורת | <input type="checkbox"/> ממשכורת כוללת בסך ש"ח | <input type="checkbox"/> ממשכורת אחרת ש"ח |
| רכישה על-חשבון מעביד (יש לבחור רק אחת מהאופציות) | <input type="checkbox"/> אחוז הפרשה: (ועד 2.5%) | <input type="checkbox"/> במקרה של בקשה לפיצוי בשיעור נקוב, יש לצרף טופס ייעודי, "בקשה לרכישת אי כושר עבודה בשיעור נקוב", בו יאשר המעסיק כי הפרמיה המשולמת על ידו תהיה ללא הגבלת תקרה, אלא לפי העלות בפועל. |
| רכישה מתוך ההפרשות לתגמולים (יש לבחור רק אחת מהאופציות) | <input type="checkbox"/> אחוז הפיצוי מהשכר: (עד 75% מהשכר) | <input type="checkbox"/> לתשומת ליבך! ניתן לרכוש ביטוח למקרה מוות וכיסוי לאובדן כושר עבודה מתוך ההפרשות במגבלת 35% מסך ההפרשות לתגמולים לפוליסה, אחרי ניכוי דמי ניהול. |
| | <input type="checkbox"/> שחרור בלבד | |

א. * במידה והפרמיה שתשלום עבור אובדן כושר עבודה תהיה נמוכה מהפרמיה המופיעה בדף פרטי הביטוח, סכום הפיצוי יוקטן, בהתאם לעלות הכיסוי הביטוחי.

ב. במקרה של ביטוח אובדן כושר בו עלות הכיסוי הביטוחי צמודה לשכר, יקבע התשלום החודשי המבוטח על פי השכר האחרון שעל פיו שולמה עלות הכיסוי הביטוחי לחברה, אך לא יעלה בשיעור העולה על 10% משכרו הממוצע של המבוטח ב-12 החודשים שקדמו למקרה הביטוח, צמוד ממד.

ניתן לבצע שינוי במרכיבי הפוליסה למעט: 1. בפוליסות מסוג מעורב וגמלא, לא ניתן להגדיל את הפרמיה מעבר לפרמיה הנוכחית של הפוליסה. 2. בפוליסות מביטוחות תשואה, לא ניתן להגדיל את אחוזי הפרשה.

חתימת מבוטח: תאריך: חתימת מעסיק+חותמת: תאריך:



ה הוספת/שינוי כיסוי לאובדן כושר עבודה (במידה וברצונך לרכוש פוליסה חדשה יש לצרף טופס הצעה מתאים)

המשך כיסוי ביטוחי עבור אובדן כושר עבודה תוך התאמתו לשכר העדכני, עד 75% מהשכר העדכני.
או:

רכישת כיסוי ביטוחי עבור אובדן כושר עבודה או החלפתו (יש לסמן את הכיסוי המבוקש)

| הכיסוי המבוקש | תקופת המתנה | מורחב חלקי 25% | פרציזה (ל-90 ימי המתנה בלבד) | קיצוז ביטוח לאומי |
|---|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> הראל לעתיד משתנה | <input type="checkbox"/> 30 ** <input type="checkbox"/> 90 | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | <input checked="" type="checkbox"/> ללא קיצוז ביטוח לאומי |
| <input type="checkbox"/> הראל לעתיד בטוח* | <input type="checkbox"/> 30 ** <input type="checkbox"/> 90 | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | |
| <input type="checkbox"/> פנסית נכות פלוס | <input type="checkbox"/> 30 ** <input type="checkbox"/> 90 | כלול במוצר | לא ניתן | |
| <input type="checkbox"/> פנסית נכות | <input type="checkbox"/> 30 ** <input type="checkbox"/> 90 | לא ניתן | לא ניתן | |
| <input type="checkbox"/> מטריה* | <input type="checkbox"/> 30 ** <input type="checkbox"/> 90 | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | |
| <input checked="" type="checkbox"/> שחרור בלבד*** | <input checked="" type="checkbox"/> 90 ימי המתנה | לא ניתן | לא ניתן | |

לתשומת ליבך: בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באובדן כושר עבודה על 75% ממוצע הכנסותיך המוצהרות ב-12 החודשים האחרונים טרם קרות מקרה הביטוח, וכן יקוזז מסכום הפיצוי כל פיצוי חודשי המגיע לך ממבטח אחר והכל בכפוף לאמור בתנאי הפוליסה.

*לא ניתן לרכוש כיסוי זה לצווארון כחול מתוך ההפרשות. **למקצועות מועדפים בלבד ורק באישור החברה.

ה הוספת/שינוי כיסוי למקרה פטירה* (במקרה של הוספה/הגדלה של כיסוי, חובה למלא הצהרת בריאות)

| כיסוי למקרה פטירה** | הגדלה | הוספה | ביטול*** | הקטנה*** | ללא שינוי |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> מגן 1 <input type="checkbox"/> מגן 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*לתשומת ליבך כיסויים ביטוחיים ניתן לרכוש החל מיום קבלת הבקשה בחברה.
**לתשומת ליבך ניתן לרכוש ביטוח למקרה מוות וכיסוי לאובדן כושר עבודה מתוך הפרשות במגבלת 35% מסך הפרשות לתגמולים לפוליסה, אחרי ניכוי דמי ניהול.
***לידיעתך, כל הקטנה או ביטול של כיסוי ביטוחי פוגעת בכיסוי הביטוחי וכל הגדלה בעתיד תהיה עפ"י תנאי החברה הנהוגים באותה עת.

לתשומת ליבך כל הוספה או הגדלה של הכיסוי הביטוחי מחייבת צירוף הצהרת בריאות ומותנית בהסכמת החברה.

ז שליטה בכספים שהופקדו למרכיב הפיצויים - למילוי ע"י המעסיק

| | | |
|--|---|---|
| הסכם לפי סעיף 14 | קיים הסכם בין העובד למעביד לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין. | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא |
| ויתור אוטומטי | המעביד מאשר שהעובד זכאי למרכיב הפיצויים בכל מקרה. | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא |
| זכאות ללא תנאי | ערך הפדיון של מרכיב הפיצויים שווה לצבירת הפיצויים (והכל בכפוף לתקנות מס הכנסה). | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא |
| קיומו של הסכם בדבר החזרת מרכיב הפיצויים למעסיק | קיים הסכם קיבוצי או הסכם אחר שניתן להחזיר את מרכיב הפיצויים למעסיק. | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא |

ח אופן הגבייה

הודעת תשלום (צמוד שכר)

ט הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי מידע זה ויתר המידע אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת (בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS)), וכן לצורך טיפול בתביעות, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

תאריך: חתימה:

בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il, באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף חיים, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.



Blank area with horizontal dotted lines for notes.

Signature lines: תאריך, חתימת מבוטח, חתימה וחתימת מעסיק.

