



סוג מסמך: 5254 קולקטיב מרכז: 596545	
טופס מלא וחתום יש להעביר לבלה לבון סוכנות לביטוח או בפקס מס': 03-7348165	
שם הסוכן בלה לבון סוכנות ביטוח	מספר הסוכן 3541

טופס הצעה לצורך הצטרפות לתכנית ביטוח שיניים קבוצתי לחברי ארגון הסגל האקדמי הבכיר של אוניברסיטת תל - אביב ובני משפחותיהם

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים וגברים כאחד. עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יוכל ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

פרטי המועמדים לביטוח

המועמד	מספר הזהות (כולל ס"ב)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין (ז/ג)										
חבר/ה*															
בן/בת זוג															
ילד/ה מגיל 5 עד גיל 21 שנים															
ילד/ה מגיל 5 עד גיל 21 שנים															
<table border="1"> <tr> <td>כתובת החבר/ה</td> <td>רחוב</td> <td>מספר בית</td> <td>מספר דירה</td> <td>יישוב</td> </tr> <tr> <td></td> <td>מיקוד</td> <td>מצב משפחתי א / ג / נ / א</td> <td>תאריך תחילת עבודה / /</td> <td>טלפון נייד</td> </tr> </table>						כתובת החבר/ה	רחוב	מספר בית	מספר דירה	יישוב		מיקוד	מצב משפחתי א / ג / נ / א	תאריך תחילת עבודה / /	טלפון נייד
כתובת החבר/ה	רחוב	מספר בית	מספר דירה	יישוב											
	מיקוד	מצב משפחתי א / ג / נ / א	תאריך תחילת עבודה / /	טלפון נייד											
כתובת דואר אלקטרוני- חבר/ה (מבוטח ראשי)															
כתובת דואר אלקטרוני- בן/בת זוג וכל ילד/ה בוגר/ת (מעל גיל 18)															
כתובת דואר אלקטרוני- בן/בת זוג וכל ילד/ה בוגר/ת (מעל גיל 18)															

מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il.

התכנית המבוקשת (יש לסמן X במשבצת המתאימה):

- מבקש לצרף אותי בלבד לתוכנית ביטוח השיניים, כפי שיפורט להלן, על פי תנאי הסכם הביטוח שנחתם בין ארגון הסגל האקדמי הבכיר של אוניברסיטת תל - אביב (להלן: "המעסיק") לבין הראל חברה לביטוח.
- מבקש לצרף אותי ואת בני משפחתי לתוכנית ביטוח השיניים, כפי שיפורט להלן, על פי תנאי הסכם הביטוח שנחתם בין ארגון הסגל האקדמי הבכיר של אוניברסיטת תל - אביב (להלן: "המעסיק") לבין הראל חברה לביטוח.

* דמי הביטוח החודשיים עבורך ועבור בני משפחתך ישולמו באמצעות ניכוי משכרך.

- דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן והם נכונים ליום 1.7.2013, על פי מדד חודש אפריל שפורסם ביום 15.5.2013.

על מנת שנוכל לטפל במהירות בתביעות שיוגשו לראל לתשלום, אנא ציין את פרטי חשבון הבנק שלך וזאת לצורך החזר הכספי לו תהא זכאי.

שם הבנק	שם הסניף	קוד הסניף	מספר חשבון

יש לצרף צילום המחאה (מבוטלת) לצורך אישור נתוני פרטי הבנק.

הצהרת והתחייבות המועמד לביטוח (העובד/ת):

1. אני החתום מטה מבקש בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח / החברה / הראל") לבטח אותי/נו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
 (א) אני מצהיר בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.
 (ב) בחתימתי זו, הריני נותן לארגון הסגל האקדמי הבכיר של אוניברסיטת תל - אביב הוראה בלתי חוזרת לנכות משכרי, כפי שפורט להלן, את דמי הביטוח החודשיים עבורי ועבור בני משפחתי, ככל שצורפו, כמפורט לעיל ולהעבירם להראל למשך כל תקופת הביטוח לפי התעריף, התקופה והתנאים, כמתחייב מההסכם הקולקטיבי שנחתם בין ארגון הסגל האקדמי הבכיר של אוניברסיטת תל - אביב לבין הראל.
 (ג) קבלת מידע מותי: האם נמסר לך טרם חתימתך על טופס זה מידע מהותי לגבי הביטוח ו/או הוספת הכיסוי או ההרחבה לפוליסת ביטוח שקיימת ברשותך, לפי העניין, אשר כלל לכל הפחות את תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיות הביטוח, לרבות האם היא קבועה או משתנה, תקופת הביטוח, סכומי ביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים; והודעה על קיומן של תקופת אכשרה, תקופת המתנה, החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות בדבר מצב רפואי קודם, סכומי ביטוח או השתתפות עצמית (אם ישנם) ואודות אפשרותך לקבל פרטים מלאים עליהם? לא כן.

2. (א) אני/נו מאשרים לסוכן הביטוח שלי/נו בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי/נו ועבורינו, כשלו/נו, את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך ההצטרפות לפוליסה זו.
 (ב) אני/נו מסכים/ים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי/נו באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.
 (ג) במידה וברצונך לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך/ם, ביכולתך/ם לפנות להראל בכל עת בטלפון הראל 03-7549090

שם העובד/ת	תאריך	חתימה

לידיעתך:

- התשובות המפורטות בטופס ההצעה, כל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בין/ם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- חווה הביטוח יכנס לתוקף עבור כל אחד מן המועמדים לביטוח רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלתו לביטוח.
- בחודש של תחילת להיות מועסק על ידי המעסיק, יבוטל ביטוח זה עבורך ועבור בני משפחתך.
- המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך/ם לפוליסות וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסות ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל) השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ו/או מי מטעמן תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדיה שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

ביטול הביטוח:

מבטוח רשאי לבטל את הפוליסה בכל עת, בלא תנאי, למעט דרישת החזר כספי כמפורט בסעיפים 1-2 להלן:
 1. מבטח רשאי לדרוש החזר כספי ממבטוח שביטול פוליסה, בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן:
 א. המבטוח ביטל את הפוליסה במהלך שלוש שנים הראשונות ממועד צירופו לפוליסה לראשונה או במהלך תקופה המסתיימת בחלוף שלושת רבעי תקופת הביטוח שהוגדרה בפוליסה בעת צירופו לראשונה, לפי המודפס מביניהם (להלן: "התקופה הקובעת").
 לעניין זה במקרה של חידוש הפוליסה לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר (להלן: "חידוש הפוליסה") שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפי החידוש - יראו את חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטוח לפוליסה לראשונה. במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש ב - לא יראו מועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטוח לפוליסה לראשונה.
 ב. סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבטוח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבטוחים אחרים בפוליסה.
 2. גובה ההחזר הכספי האמור בסעיף 1, לא יעלה על הגומך מבין הפרש בין סך תגמולי הביטוח לבין סך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה או מכפלת הפרמיה החודשית שמשולמת בגין המבטוח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנותרו עד תום התקופה הקובעת.
 לעניין חישוב גובה ההחזר הכספי יוגדרו:
 "סך תגמולי הביטוח" - סך תגמולי הביטוח ששילם המבטוח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכח הפוליסה של המבטוח שלגביו הוגשה בקשת הביטול, אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה (1) (א), חישוב ההחזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילם המבטוח בגין סל הטיפולים החדש בלבד. המבטח יהיה ראשי לכלול בתגמולי הביטוח הוצאות בגין ניהול תביעות בשיעור שייקבע בפוליסה שלא יעלה על עשרה אחוזים מסך תגמולי הביטוח.
 "סך הפרמיות" - סך הפרמיות ששולמו בשל המבטוח שלגביו בקשת הביטול במהלך התקופה הקובעת. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה (1) (א), הפרמיות לאורך חישוב ההחזר הכספי יהיו הפרמיות ששולמו בגין סל הטיפולים החדש בלבד.

קבלת דבר פרסומת

הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).
 אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsuum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות קולקטיביים: אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

ויתור על סודיות רפואית

אני/ו 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 ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לביור הזכויות והחובות על פי הפוליסה ו/או לצורך הליך בחינת קבלת ביטוח המבוקש למסור להראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל, לרבות כל מידע המצוי בידי החברה, ובצורה שתידרש על ידי המבקשים, 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 משחררים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבטח". כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצובנו/נו ובאי כוחינו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומו/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו/נו הקטינים.

חתימת המועמדים לביטוח

עובד/ת	תאריך	שם המבטוח	מספר זהות	חתימה

הסכמה על שימוש במידע

אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל) השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות 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, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותי, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

עובד/ת	תאריך	שם המבטוח	מספר זהות	חתימה

- אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעלי לקבל מחברת "הראל" ישלחו לדואר האלקטרוני שלי כמפורט בטופס הצעה זה.
 - כמו כן, אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו וכל יתר המסמכים שעלי לקבל מחברת הראל במסגרת ביטוח הבריאות ישלחו לדואר האלקטרוני שלי כמפורט בטופס הצעה זה.

עובד/ת	תאריך	שם המבטוח	מספר זהות	חתימה