



**טופס הצעה לצורך הצטרפות לתכנית ביטוח שיניים קבוצתי**  
**לגמלאי 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)
גמלאי/ת*					
בן/בת זוג					
ילד/ה מגיל 5 עד גיל 21 שנים					
ילד/ה מגיל 5 עד גיל 21 שנים					
כתובת הגמלאי/ת	רחוב	מספר בית	מספר דירה	יישוב	
	מיקוד	מצב משפחתי א / ג / נ / ג / א	תאריך תחילת עבודה / /	טלפון נייד	
כתובת דואר אלקטרוני - גמלאי/ת (מבוטח ראשי)		כתובת דואר אלקטרוני (E-mail) לצורך קבלת דיוורים והודעות אישיות @			
כתובת דואר אלקטרוני - בן/בת זוג וכל ילד/ה בוגר/ת (מעל גיל 18)		כתובת דואר אלקטרוני (E-mail) לצורך קבלת דיוורים והודעות אישיות @			
כתובת דואר אלקטרוני - בן/בת זוג וכל ילד/ה בוגר/ת (מעל גיל 18)		כתובת דואר אלקטרוני (E-mail) לצורך קבלת דיוורים והודעות אישיות @			

מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://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 ארגון הסגל האקדמי הבכיר של אוניברסיטת תל - אביב (להלן: "המעסיק") לבין הראל חברה לביטוח.

\* דמי הביטוח החודשיים עבורך ועבור בני משפחתך ישולמו באמצעי גביה אישי.

- 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 להראל 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.

