

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 לילד/ה בוגר/ת מעל גיל 21 של חבר/ת 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 יכול 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*					
ילד/ה מעל גיל 21 שנים					
ילד/ה מעל גיל 21 שנים					
ילד/ה מעל גיל 21 שנים					
ילד/ה מעל גיל 21 שנים					
כתובת החבר/ה	רחוב	מספר בית	מספר דירה	ישוב	
	מיקוד	מצב משפחתי א / ג / נ / א	תאריך תחילת עבודה ____/____/____	טלפון נייד	
כתובת דואר אלקטרוני- חבר/ה (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.

* דמי הביטוח החודשיים עבור בני המשפחה 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 ההחזר הכספי לו תהא זכאי.

שם הבנק	שם הסניף	קוד הסניף	מספר חשבון

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

