



סוג מסמך: טופס הצטרפות 5000 קולקטיב מרכז:

טופס מלא וחתום יש להעביר בפקס מס': 03-



בשביל השקט הנפשי שלך | ביטוח ופיננסים

טופס הצעה לצורך הצטרפות לתכנית ביטוח שיניים קבוצתי לפורשי סמסונג סמיקונדוקטור ישראל מרכז מחקר ופיתוח בע"מ ובני משפחותיהם

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים וגברים כאחד.

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

עם פרישתך מהעבודה בטל ביטוח השיניים הקבוצתי שלך ושל בני משפחתך (במידה והיו מבוטחים) במסגרת העבודה.

ניתנת לך, אפשרות **חד פעמית תוך 60 יום ממועד הפרישה**, להמשיך את הביטוח באותם תנאי כיסוי ביטוחי עבורך ועבור בני משפחתך, שהיו מבוטחים עמך לפני פרישתך מהעבודה.

למען הסר ספק, תנאי הביטוח יהיו התנאים החלים על הקולקטיב שבמסגרתו היית מבוטח עד למועד פרישתך מהעבודה, ויחולו עליך כל התנאים והסייגים בהתאם לתנאי הפוליסה הקולקטיבית, לרבות לעניין תקופת הביטוח, חידוש הביטוח או הפסקתו ומגבלות הפסקת ההתקשרות.

על מנת להמשיך את הכיסוי הביטוחי ברצף, יש למלא טופס זה, לחתום עליו, ולהעבירו אלינו לפקס מס': 7348090 – 03, לא יאוחר מתום 60 יום ממועד פרישתך מהעבודה.

פרטי המועמדים לביטוח

המועמד	מספר הזהות (כולל ס"ב)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין (ז/נ)
עובד/ת *					
בן/בת זוג					
ילדה מגיל 5 עד גיל 21 שנים					
ילדה מגיל 5 עד גיל 21 שנים					
ילדה מגיל 5 עד גיל 21 שנים					
ילדה מעל גיל 21 שנים					
ילדה מעל גיל 21 שנים					
כתובת העובד/ת		רחוב	מספר בית	מספר דירה	ישוב
		מיקוד	מס' עובד	מצב משפחתי ר / נ / ג / א	תאריך סיום עבודה / /
		טלפון נייד			
כתובת דואר אלקטרוני- עובד/ת (מבוטח ראשי)		כתובת דואר אלקטרוני (E-mail) לצורך קבלת דיוורים והודעות אישיות			
		@			
כתובת דואר אלקטרוני- בן/בת זוג וכל ילדה בוגרת (מעל גיל 18)		כתובת דואר אלקטרוני (E-mail) לצורך קבלת דיוורים והודעות אישיות			
		@			
כתובת דואר אלקטרוני- בן/בת זוג וכל ילדה בוגרת (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

התכנית המבוקשת (יש לסמן X במשבצת המתאימה):

- מבקש לצרף אותי בלבד לתוכנית ביטוח השיניים, כפי שיפורט להלן, על פי תנאי הסכם הביטוח שנחתם בין סמסונג סמיקונדוקטור ישראל מרכז מחקר ופיתוח בע"מ (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 סמסונג סמיקונדוקטור ישראל מרכז מחקר ופיתוח בע"מ (להלן: "המעסיק") לבין הראל חברה לביטוח.

דמי הביטוח

* דמי הביטוח החודשיים יהיו בגובה דמי הביטוח ששולמו על ידך בביטוח הקבוצתי (צמודים למדד המחירים לצרכן) וכפי שיעודכנו לקולקטיב מעת לעת, בעבורך ובעבור בני משפחתך ובתוספת של 25% בלבד, וייגבו באמצעות כרטיס אשראי שפרטיו יצוינו להלן.

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.

הצהרת והתחייבות המועמד לביטוח (העובד/ת):

- אני החתום מטה מבקש בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח/חברה/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.
- בחייתי/נו, הריני נתון לסמסוג סמיקונדוקטור ישראל מרכז מחקר ופיתוח בע"מ הוראה בלתי חוזרת לנכות בהוראת קבע/מכרטיס אשראי, כפי שיפורט 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 סמסוג סמיקונדוקטור ישראל מרכז מחקר ופיתוח בע"מ לבין הראל.
- קבלת מידע מהותי: 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; הודעה 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.

יתור על סודיות רפואית

אני/ו החתום/ים מטה נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרפואים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למלא 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 קבלתי לביטוח המבוקש למסור להראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבקש") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל, לרבות כל מידע המצוי בידי החברה, ובצורה שתידרש על ידי המבקש/ים, על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחלתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבנו/נו ובאי כוחנו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומנו. כתב ויתור זה יחול גם על ילד/נו הקטינים.

חתימת המועמדים לביטוח

חתימה	מספר זהות	שם המבוטח	תאריך
			עובד/ת
			בן/בת זוג
			ילד מעל גיל 18
			ילד מעל גיל 18
			ילד מעל גיל 18
			ילד מעל גיל 18

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 לידיעתך 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.

לידיעתך:

- התשובות המפורטות בטופס ההצעה, כל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה יישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בין/ם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- חוזה הביטוח יכנס לתוקף עבור כל אחד מן המועמדים לביטוח רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלתו לביטוח.
- בחודש בו תחידל 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 לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
- במידה וברצונך/ם לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך/ם, ביכולתך/ם לפנות להראל בכל עת בטלפון הראל (*2735).

ביטול הביטוח:

- מבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בכל עת, בלא תנאי, למעט דרישת החזר כספי כמפורט בסעיפים 1-2 להלן:
- מבטח רשאי לדרוש החזר כספי ממבוטח שביטל פוליסה, בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן:
 - המבוטח 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 המוקדם מבניהם (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 המבוטח לפוליסה לראשונה. במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש – לא יראו במועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבוטח לפוליסה לראשונה.
 - סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבוטח שלגביו הוגשה בקשת לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבוטחים אחרים בפוליסה.
 - גובה ההחזר הכספי האמור בסעיף 1, לא יעלה על הנמוך מבין הפרש בין סך תגמולי הביטוח לבין סך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה או מכפלת הפרמיה החודשית שמשולמת בגין המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנתרו עד תום התקופה הקובעת.

חתימה	מספר זהות	שם המבוטח	תאריך
			עובד/ת
			בן/בת זוג
			ילד מעל גיל 18
			ילד מעל גיל 18
			ילד מעל גיל 18
			ילד מעל גיל 18

- אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעלי לקבל מחברת "הראל" יישלחו 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 יישלחו לדואר האלקטרוני שלי כמפורט בטופס הצעה זה.

חתימה	מספר זהות	שם המבוטח	תאריך
			עובד/ת
			בן/בת זוג
			ילד מעל גיל 18
			ילד מעל גיל 18
			ילד מעל גיל 18
			ילד מעל גיל 18

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 חיגוי 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/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות קולקטיבים: אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

הוראה לחיוב חשבון ביטוח שיניים

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

יש למלא את הטופס ולהעביר אלינו את המקור.

שם המבוטח		ת.ז.	טלפון
מכתובת: _____ רחוב _____ מס' _____ עיר _____ מיקוד _____			

ב בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

פרטי הוראה
לכבוד, בנק: _____ סניף: _____ כתובת הסניף: _____

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה		קוד המוסד	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה (לשימוש פנימי בלבד)
		בנק	סניף		
				6 0 8	

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:
 תקרת סכום החיוב - ש. _____
 מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום _____/_____/_____

לתשומת לבך,
 ■ אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
 ■ אם יישלחו על ידי הראל חברה לביטוח בע"מ ("המוטב") חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

1. אנו/ הח"מ: _____ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק _____ מס' ת.ז.הו"ת / ח.פ. _____ (הלקוחות)
 מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
 2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:
 א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
 ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
 ג. נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
 ד. נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
 ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
 ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 ח. הבנק רשאי להוציא מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
 3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

פרטי הרשאה
 לקוח נכבד, סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ, על-פי סכום דמי הביטוח, ההצמדה והריבית ו/או על-פי יתרות החוב כפי שנקבעו בפוליסה/ות ותוספותיה/ן.

תאריך: _____ חתימת בעלי החשבון: _____

ג הוראות בעל כרטיס האשראי

כרטיס אשראי מסוג: ויזה ישראלכרט דינרט לאומי קארד אמריקן אקספרס אחר: _____

שם בעל הכרטיס _____ מס' ת.ז. _____

רחוב	מס'	ישוב	מיקוד
טלפון	טלפון בית	טלפון עבודה	טלפון נייד
מס' הכרטיס	מס' תוקף הכרטיס		

לידיעתך כי תשלום דמי הביטוח הנ"ל יבוצע בעבור המבוטח/ים וכי כל החזר של דמי הביטוח, אם יחזר, יוחזר באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יוחלט כי יוחזרו דמי הביטוח לבעל הפוליסה.
 יודגש, כי כל תשלום אחר, אשר על החברה לשלם מכה הפוליסה/ות או בהקשר אליה/ן יבצע לפקודת המבוטח בלבד בכפוף להוראות הדין.
 אני הח"מ, נותן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם ע"י הראל חברה לביטוח בע"מ ואשר מספר כרטיסי האשראי שלי יהיה נקוב בהם. הוראה זו נחתמה על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה להראל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת, כפי שתפרט הראל חברה לביטוח בע"מ למנפיקה, סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו על ידי הראל חברה לביטוח בע"מ על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופסק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. היה ופוליסת/ות הביטוח הנ"ל בהראל חברה לביטוח תחודש/ונה, יחויב כרטיס האשראי בגן החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.

תאריך: _____ חתימת בעל הפוליסה: _____