

הדס ארזים קרן השתלמות מסלולית

טופס הצטרפות לביטוח חיים למבוטח בביטוח קבוצתי באמצעותכם וכתב מינוי מוטבים

1. אני הח"מ ת.ז' תאריך לידה מבקש בזה לכלול אותי במסגרת הביטוח הנ"ל.

2. לצורך תשלום דמי הביטוח הנני נותן הרשאה להדס ארזים קופות גמל בע"מ (להלן: "החברה") לנכות מחשבוני בקופת הגמל "הדס ארזים קרן השתלמות מסלולית" את הפרמיה, כפי שתיקבע בין בעל הפוליסה (החברה המנהלת) לבין חברת הביטוח.

3. הריני מצהיר כדלקמן:

א. אינני חולה ולא הייתי חולה או בטיפול בקשר למחלות הבאות:

1. מחלות לב, מומי לב, יתר לחץ דם, הפרעות קצב הלב.

2. מחלות ממאירות, גידולים סרטניים.

3. מחלות ניווניות, מחלות כרוניות, סכרת, כליות, כבד, דרכי עיכול ודרכי נשימה.

4. מחלות מערכת העצבים, עיתוקים, שבץ מוחי, כאבי ראש כרוניים.

5. מחלות עיניים, הפרעות בראיה.

6. מחלות פרקים ועצמות, כאבי גב וצוואר.

7. אני לא חולה איידס ולא ידוע לי שאני נושא נגיפי איידס.

ב. בשנתיים האחרונות לא נעדרתי מעבודתי עקב מחלה מעבר ל-14 ימים רצופים.

ג. לא עברתי בדיקות (פרט לבדיקות שיגרה) לגילוי סרטן או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T, ביופסיה.

ד. אין לי נכות קבועה או זמנית.

ה. לא עברתי ניתוח בעבר ואיני מועמד לניתוח ולא יעצו לי לעבור ניתוח בעתיד.

ו. איני נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי על בסיס קבוע.

ז. לא צרכתי ואיני צורך סמים ו/או משקאות חריפים בקביעות.

ח. אני חש עצמי בריא והייתי בכושר עבודה מלא ב-12 חודשים האחרונים.

ט. אין ביכולתי לחתום על ההצהרה כלשונה מהסיבות המפורטות להלן:

י. ידוע לי כי הצהרת בריאות זו משמשת יסוד להצטרפותי לביטוח הקבוצתי ועלי לחתום על הצהרה זו כלשונה מבלי להוסיף או למחוק דבר, מבלי לקבל מראש את הסכמת החברה. תנאי לתוקף הביטוח הוא כי ההצהרה הינה נכונה.

4. ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל וכן לכל הרופאים, המוסדות ובתי החולים האחרים ומל"ל ו/או לכל מוסד וגורם אחר (להלן: "המוסדות"), למסור לכלל חברה לביטוח בע"מ, (להלן: "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתדרש ע"י המבקש על מצב בריאותי וכל מחלה שחליתי בה בעבר או בהווה או שאחלה גם בעתיד. הנני משחרר את המוסדות ואת עובדיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית. ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, את באי כוחי, על פי דין וכל מי שיבוא במקומי.

תאריך חתימת העמית

5. אי הצטרפות לביטוח

ידוע לי כי לא אהיה מבוטח בביטוח חיים במסגרת חברותי בקופה.

תאריך חתימת העמית

תעודת למבוטח

תעודת ביטוח חיים למבוטח בביטוח קבוצתי באמצעות הדס ארזים קופות גמל בע"מ (להלן: "בעל הפוליסה") בהסכם עם כלל חברה לביטוח הע"מ (להלן: "החברה").

עיקרי תנאי הביטוח:

1. תאריך התחלת הביטוח הינו 1.2.2011 ותוקפו עד לתאריך 30.1.2012. הצדדים יהיו רשאים לחתום, 60 יום לפני תום תקופת הביטוח, על הארכתו לתקופת ביטוח נוספת של שנה אחת.
2. פרמית הביטוח משולמת על ידי המבוטח מחשבונו בקופת הגמל מועברת ישירות לחברת הביטוח על ידי בעל הפוליסה.
3. הפרמיה השנתית למבוטח היא 120 ש"ח ותועבר בתשלומים חודשיים שווים.
4. הביטוח מכסה מוות / נכות מוחלטת ותמידיה מכל סיבה שהיא, לרבות סיכוני מלחמה אקטיביים ופסיביים ("ביטוח חיים") מלבד מקרי התאבדות שאירעו בשנה הראשונה לכניסת המבוטח לביטוח.
5. ביטוח החיים יחול על "עמיתים" שבעת הצטרפותם לקופה מלאו להם 18 וטרם מלאו להם 67 שנה.
6. הביטוח לגבי כל מבוטח מסתיים באחד מהמקרים להלן בתאריך הקודם מביניהם:
 1. בתום שנת הביטוח אשר במהלכה הגיע המבוטח לגיל 67 שנה, ובתנאי שהחברה חדלה לקבל פרמיה בעבורו.
 2. בתום תוקף הפוליסה.
 3. ביום בו הפסיק המבוטח להיות עמית פעיל אצל בעל הפוליסה.
7. חברת הביטוח מתחייבת לשלם במקרה מוות סך של 75,000 ₪ (סכום הביטוח אינו צמוד). במקרה בו בתום לב נוסף שמו של עמית לרשימת המבוטחים למרות שטרם מלאו לו 18 או שמלאו לו 67 שנה, ודמי הביטוח עבור אותו מבוטח שולמו עד למועד פטירתו, תשלם החברה את סכום הביטוח כאמור.
8. סכומי הפרמיה וסכומי הביטוח אינם צמודים למדד.
9. לגבי תביעות לתשלום סכום הביטוח על פי פוליסה זו על המוטב לפנות לבעל הפוליסה לצורך הגשת חומר התביעה לחברת הביטוח.
10. הביטוח נעשה על יסוד חתימת העמית על הצהרת בריאות. הצהרה כוזבת תשחרר את החברה מכל אחריות לפי הפוליסה בכפוף לאמור בחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981.

לתשומת לבך:

רק הנוסח המלא של הפוליסה, על תנאיה ומגבלותיה, מחייב את כלל חברה לביטוח בע"מ. הנך זכאי לקבל לעיון את נוסח הפוליסה המלא, במשרדי כלל ביטוח ו/או במשרדי החברה המנהלת "הדס ארזים קופות גמל בע"מ".