



לכבוד

חברת/הסגל המנהלי

הנדון: ביטוח חיים קבוצתי לעובדי הסגל המנהלי באוניברסיטת תל אביב

באפשרותך להצטרף לפוליסת ביטוח חיים קבוצתי של הסגל המנהלי במגדל חברה לביטוח בע"מ ולהיות מבוטח במסגרתה.

להלן עיקרי הפוליסה -

הכיסויים הביטוחיים הכלולים בפוליסה הינם :

1. ביטוח יסודי למקרה מוות

|  |
|--|
| סכום ביטוח לעובד/ת, שבמועד קרות מקרה הביטוח גילו אינו עולה על 70 - 276,962 ₪                                   |
| סכום ביטוח לגמלאי, שבמועד קרות מקרה הביטוח גילו עולה על 70 ואינו עולה על 75 (הגיל המקסימלי לביטוח) - 138,481 ₪ |

2. ביטוח נוסף למקרה מוות מתאונה

|  |
|--|
| סכום ביטוח לעובד/ת, שבמועד קרות מקרה הביטוח גילו אינו עולה על 67 - 276,962 ₪ |
|--|

3. ביטוח נוסף למקרה נכות מתאונה

|  |
|--|
| סכום ביטוח לעובד/ת, שבמועד קרות מקרה הביטוח גילו אינו עולה על 67 - 276,962 ₪ |
|--|

4. הרחבת הביטוח לנכות מוחלטת ותמידית\*

|  |
|--|
| סכום ביטוח לעובד/ת שבמועד קרות מקרה הביטוח גילו אינו עולה על 67 - 276,962 ₪                |
| *במקרה של תשלום סכום הביטוח על פי סעיף זה, הפוליסה מסתיימת ושאר הכיסויים הביטוחיים מתבטלים |

דמי הביטוח

הפרמיה החודשית בגין הבילת הכיסויים הנ"ל הינה 62.61 ₪ (צמוד למדד).

האוניברסיטה משתתפת בעלות הפרמיה בשיעור של 50% ומחבר הסגל מנוכה מהשכר מחצית הפרמיה מדי חודש.

אם הינך מעוניין/ת להצטרף לביטוח, נא החזרי את טופס ההצטרפות המצ"ב לא יאוחר מ- 90 יום ממועד תחילת העסקתך, כשהוא חתום על ידך באחד מהאמצעים הבאים :

- דואר אלקטרוני [collectivejoin@migdal.co.il](mailto:collectivejoin@migdal.co.il)
- שליחת פקס למס' 076-8869105

לאחר 90 יום ממועד תחילת העסקתך, הצטרפות לביטוח תהא בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי בלבד.

מרחב סוכניות  
**טל'** 03-9276868 פקס 03-9276540  
**מרחב מרכז**  
**טל'** 03-9276111 פקס 03-9276200  
 רח' היצירה 1, קרית אריה פתח תקווה 49512  
 ת.ד. 3063 פתח תקווה 49130

מרחב ירושלים  
**טל'** 02-6291291 פקס 02-6244933  
 רח' בן-הודיה 34  
 ירושלים 94230  
 ת.ד. 659 ירושלים 91006

מרחב צפון  
**טל'** 04-8352626 פקס 04-8554455  
 שד' בן גוריון 6  
 חיפה 35414  
 ת.ד. 9191 חיפה 31091

  
**טוב שיש מגדל מאחוריך**  
[www.migdal.co.il](http://www.migdal.co.il)  
 מגדל לשירותך מרכז מידע ושירות לקוחות  
**טל'** 03-9201010 פקס 03-9201020  
 מגדל חברה לביטוח בע"מ

**טופס הצטרפות לביטוח חיים קבוצתי של אוניברסיטת ת"א בחברת מגדל – סגל מנהלי  
וכתב מינוי מוטבים**

**1. פרטי המבוטח הראשי**

|                  |  |          |      |         |           |            |  |                     |  |
|------------------|--|----------|------|---------|-----------|------------|--|---------------------|--|
| מספר תעודת הזהות |  | שם משפחה |      | שם פרטי |           | תאריך לידה |  | כתובת דואר אלקטרוני |  |
|                  |  |          |      |         |           |            |  |                     |  |
| כתובת מגורים     |  | מס בית   | ישוב | מיקוד   | מס. טלפון | מס סלולרי  |  |                     |  |
|                  |  |          |      |         |           |            |  |                     |  |

מאשר ומסכים כי אוניברסיטת תל-אביב ("בעל הפוליסה") תבטח אותי במסגרת הביטוח הנ"ל אצל מגדל חברה לביטוח בע"מ ("מגדל" ו/או "המבטח" ו/או "החברה") וכן בכל חידוש הפוליסה לתקופת ביטוח נוספת.

2. לצורך תשלום הפרמיות, הנני נותן/ת בזה הרשאה לבעל הפוליסה לנכות ממשכורתי את הפרמיה, כפי שייקבע בין בעל הפוליסה לבין חברת הביטוח.

ידוע לי, כי הפרמיה החדשית עבור הפוליסה לא תופחת במהלך תקופת הביטוח, גם אם חלק מהכיסויים הביטוחיים הנכללים בפוליסה בוטלו ו/או הופחתו כתוצאה מהגיעו של מבוטח לגיל ההצטרפות המקסימלי ו/או גיל 70 ו/או הפחתת הכיסוי הביטוחי, לפי הענין, בהתאם לתנאי הפוליסה.  
מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, ידוע לי כי אם גילי במועד הקובע עולה על 67 הרי שחלק מהכיסויים הביטוחיים הכלולים בפוליסה אינם חלים לגבי, ועל אף זאת לא חל כל שינוי בפרמיה.

**3. קביעת מוטבים**

3.1 המוטבים למקרה מוות הינם יורשיו של המבוטח, בין על-פי דין ובין על-פי צוואה, אלא כן אתן למגדל הודעה על מינוי מוטבים, שאז המוטבים יהיו בהתאם לקבוע בהודעה על מינוי מוטבים.

3.2 הנני נותן בזאת הודעה על מינוי המוטבים למקרה מוות, כדלקמן:

| מספר ת.ז. | שם משפחה | שם פרטי | קרבה למבוטח | החלק היחסי בתגמולי הביטוח | כתובת המוטב |
|-----------|----------|---------|-------------|---------------------------|-------------|
|           |          |         |             |                           |             |
|           |          |         |             |                           |             |
|           |          |         |             |                           |             |
|           |          |         |             |                           |             |

ולראיה באתי על החתום :

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ושם משפחה \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_