



ביטוח תאונות אישיות קבוצתי 1.1.2021-30.6.2022

ייחודי לעובדי עיריית תל-אביב-יפו והמרכז הרפואי

אנו שמחים להביא לידיעתכם כי לאחרונה, הארכנו החל מה 1.1.2021 ל-18 חודשים נוספים את תוקף ההסכם לביטוח תאונות אישיות עם איילון חברה לביטוח.

אנו מזמינים עובדים אשר טרם הצטרפו לתכנית הביטוח להצטרף ולבטח עצמם ואת בני/ות זוגם.

תכנית הביטוח מאפשרת בחירה בין מסלול א' למסלול ב', להלן פירוט המסלולים וסכומי הביטוח:

| מסלול ב' | מסלול א' | מקרה מקרה ביטוח/סכומי ביטוח |
|--------------|--------------|---|
| ₪ 345,000 | ₪ 172,500 | ביטוח למקרה מוות מתאונה |
| עד 345,000 ₪ | עד 172,500 ₪ | ביטוח למקרה נכות צמיתה כתוצאה מתאונה |
| ₪ 1,150 | ₪ 575 | פיצוי שבועי אי כושר מלא/ חלקי זמני כתוצאה מתאונה |
| ₪ 50,000 | ₪ 50,000 | פיצוי חד פעמי בגין גילוי מחלות תרדמת, עיוורון בשתי עיניים, טרשת נפוצה, שבץ מוחי, סרטן, התקף לב, ניתוח מסתמי לב, ניתוח מעקפי לב, ניתוח אבי העורקים וקרדיומיופטיה |
| ₪ 4,000 | ₪ 2,000 | הוצאות שכירת כסא גלגלים כתוצאה מתאונה |
| ₪ 7,500 | ₪ 7,500 | הוצאות לוויה עקב תאונה |
| ₪ 3,450 | ₪ 1,725 | הוצאות פינוי לבית חולים קרוב עקב תאונה |
| ₪ 88 | ₪ 52 | פרמיה חודשית |

ניתן להוריד את הטפסים הבאים מאתר www.ovdim-tlv.org.il או לקבלם במשרדי קופת תגמולים:

- טופס תביעה - דיווח על מחלות תרדמת, עיוורון בשתי עיניים, טרשת נפוצה, שבץ מוחי, התקף לב חריף, סרטן, ניתוח אבי העורקים, ניתוח החלפה או תיקון מסתמי לב.
- טופס תביעה - דיווח על תאונה אישית.
- טופס הצטרפות לביטוח תאונות אישיות של עובדי עיריית ת"א-יפו והמרכז הרפואי ובני/ות זוגם.
- טופס שינוי מסלול ביטוח.
- פוליסת תאונות אישיות קבוצתי של ארגון עובדי עיריית תל אביב-יפו מהדורה 2019.

howden

למידע נוסף ניתן לפנות
לנציג השרות שלכם **מר שי רוטנר**
טלפון: 03-5688825
פקס: 03-5480887
shair@howden.co.il

שלכם,

רמי בן גל, עו"ד
יו"ר ארגון העובדים

* תכנית הביטוח אינה כוללת: בין היתר, כיסוי בגין גילוי מחלות תרדמת, עיוורון בשתי עיניים, טרשת נפוצה, שבץ מוחי, התקף לב חריף, סרטן, ניתוח אבי העורקים, ניתוח החלפה או תיקון מסתמי לב, למבוטחים חדשים מעל גיל 60. כיסוי בגין תאונות דרכים או טרור ו/או נהיגה על רכב דו גלגלי. כיסוי לנשים בהריון וסיכוני הריון. *כיסוי תאונות אישיות הינו בכפוף לתנאי הפוליסה המלאים של ארגון עובדי עיריית ת"א-יפו. *לרשימת התנאים והחריגים המלאה ראה תנאי הפוליסה המלאים.



טופס הצטרפות לביטוח תאונות אישיות קבוצתי לעובדי עיריית תל אביב - יפו והמרכז הרפואי ובני/בנות זוגם - ללא הצהרת בריאות

טופס זה מיועד למצטרפים חדשים שהינם חברי ארגון עובדי עיריית תל אביב - יפו ובני/בנות זוגם -

- פרמיה חודשים למבוטח עבור מסלול א' - _____ ש"ח לחודש (_____ ש"ח לשנה)
 - פרמיה חודשים למבוטח עבור מסלול ב' - _____ ש"ח לחודש (_____ ש"ח לשנה)
- מספר עובד - _____

| מסלול ביטוח מבוקש | מסלול א' | מסלול ב' | מצב משפחתי | מין | תאריך לידה | שם פרטי | שם משפחה | מס' ת.ז. | |
|-------------------|----------|----------|------------|-----|------------|---------|----------|----------|----------------------------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | מבוטח ראשי (חבר הארגון) |
| | | | | | | | | | בן/בת זוג |

| | | | |
|------------|--------------|------------|--------------------------------|
| מיקוד | יישוב | מס' בית | רחוב |
| טלפון נייד | טלפון בעבודה | טלפון בבית | כתובת דואר אלקטרוני (שדה חובה) |

הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומי כמשמעותו בחוק התקשורת (בזק ושירותים), התשמ"ב - 1982. ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני. נא לסמן: כן לא

הצהרת המבוטח הראשי

- הגנת הפרטיות ומאגרי מידע:** הנני מצהיר/ה כי המידע הכלול בהצהרה זו, וכן מידע שיימסר על ידי בעתיד לחברת הביטוח ו/או מי מטעמה, נמסר מרצוני החופשי ובהסכמה מלאה, ולא מתוך חובה חוקית כלשהי. כמו כן, ידוע לי, ואני מסכים/ה כי המידע האמור אודותיי וכן כל מידע שייצבר אודותיי בעתיד בכל הקשור לפוליסה ישאר במאגר המידע של חברת הביטוח כנהוג אצלה, אשר תעשה במידע שימוש לצרכיה, לרבות הפקת פוליסת ביטוח, טיפול בכל העניינים הנלווים מהפקת הפוליסה והקשורים אליה וטיפול בתביעות. ידוע לי כי המידע יימסר לצדדים שלישיים לשם אחסון ועיבוד המידע, לצורך טיפול בתביעות ומשלוח דיוורים בקשר עם תכנית הביטוח, והכל בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.
 - צירוף בן/בת זוג:** אני החתום/ה מטה מבקש/ת לצרף את בן/בת זוג לביטוח תאונות אישיות הקבוצתי של ארגון עובדי עיריית תל אביב - יפו.
 - ידוע לי כי הצטרפות למסלול א' או ב' מעל לגיל 60 לא תכלול כיסוי עבור פיצוי חד פעמי בגין גילוי מחלות תרדמת, עיוורון בשתי עיניים, טרשת נפוצה, שבץ מוחי, סרטן, התקף לב, ניתוח מסתמי לב, ניתוח מעקפי לב, ניתוח אבי העורקים וקרדיומיופטיה.**
 - הוראה לניכוי דמי הביטוח מהמשכורת עבור העובד ובן/בת הזוג:
- הריני נותן/ת בזאת הוראה לעיריית ת"א לנכות ממשכורת את הפרמיות בגין ביטוח תאונות אישיות קבוצתי מידי חודש, ולשלם לאיילון חברה לביטוח. הוראה זו תישאר בתוקף כל עוד לא ניתנה הוראת ביטול בכתב ע"י ובכפוף לתנאי הפוליסה וסייגיה.

תאריך תחילת הביטוח

| | |
|---|---|
| <p>עובד קיים עובד אשר בעת הצטרפות ביום תחילת הביטוח על פי פוליסה זו ב"איילון חברה לביטוח" היה מבוטח בפוליסת תאונות אישיות הקבוצתית של הארגון בחברת הפניקס חברה לביטוח.</p> <p>עובד חדש עובד אשר בעת הצטרפות לפוליסה זו ב"איילון חברה לביטוח" לא היה מבוטח בפוליסת תאונות אישיות הקבוצתית של הארגון.</p> | <p>תחילת הביטוח תהא לפי המאוחר מבין המועדים הבאים: לגבי עובד קיים - 1.7.2019 לגבי עובד חדש - קיבול ההצעה לביטוח על ידי המבטח.</p> |
|---|---|

מינוי מוטבים במקרה מוות

| שם פרטי | שם משפחה | מס ת.ז. | מין | קרבה | % בחלקים |
|---------|----------|---------|-----|------|----------|
| | | | | | מוטב 1 |
| | | | | | מוטב 2 |

הערה: בהיעדר הוראה לעניין מינוי מוטבים במועד קרות האירוע המזכה, הסכומים יועברו ליורשי על פי דין או על פי צוואה והכל בכפוף להוראות דיני מדינת ישראל.

| | | | |
|-------------------------|----------|-------|-------|
| מבוטח ראשי (חבר הארגון) | מס' ת.ז. | תאריך | חתימה |
|-------------------------|----------|-------|-------|