

פוליסת ביטוח חיים קבוצתי מס' 8456729

הצטרפות לביטוח

שם בעל הפוליסה: **אוניברסיטת בר אילן**

אוכלוסיית המבוטחים: **עובדי הסגל המנהלי והסגל הזוטר של בעל הפוליסה.**

אני, הח"מ, _____ (שם ושם משפחה של המבוטח),

ת.ז. מס' _____ תאריך לידה _____ מאשר בזאת:

אני מסכים/מה לצירופי כמבוטח לביטוח חיים קבוצתי על שם בעל הפוליסה ולתשלום חלקי בפרמיות לפי פוליסה זו.

ולראיה באתי על החתום:

_____ תאריך
 _____ חתימת המבוטח

כתב מינוי מוטבים

בהתאם להוראות הפוליסה שבנדון הנני קובע בזה כמוטבים למקרה מותי את האנשים הרשומים להלן:

חלק ב- * %	(כתובת)	(תאריך לידה)	(מס' ת. זהות)	(שם פרטי ומשפחה)
חלק ב- * %	(כתובת)	(תאריך לידה)	(מס' ת. זהות)	(שם פרטי ומשפחה)
חלק ב- * %	(כתובת)	(תאריך לידה)	(מס' ת. זהות)	(שם פרטי ומשפחה)
חלק ב- * %	(כתובת)	(תאריך לידה)	(מס' ת. זהות)	(שם פרטי ומשפחה)

במקרה מותי יש לשלם למוטבים הנ"ל את סכום הביטוח המגיע לי במסגרת הביטוח הנ"ל. מובהר, כי במקרה שמוטב שקבע המבוטח מת לפני המבוטח והמבוטח לא קבע מוטב אחר במקום המוטב שנפטר, יועבר חלקו של המוטב שנפטר ליורשיו החוקיים של המוטב שנפטר.

*בהעדר ציון החלק, ישולמו תגמולי הביטוח בחלקים שווים.

הודעה זו מבטלת כל כתב מינוי מוטבים קודם שמסרתי לכם, מכל סוג שהוא, בגין פוליסה זו.

_____ שם מבוטח
 _____ תאריך לידה
 _____ תעודת זהות
 _____ חתימת המבוטח
 _____ תאריך