

טופס הצעה לביטוח בריא TOP דמי מחלה

1. הנני מבקש לקבל הצעה לביטוח עובדיי בביטוח עבור ימי מחלה בהתאם לפרטים הר"מ בכפוף לתנאי הפוליסה עבור ימי מחלה של מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.

הביטוח יהיה לתקופה של שנה המתחילה בתאריך _____, ותשלום ראשון בצרוף רשימה יועבר אליכם במישרין / באמצעות _____ בתאריך _____.

2. פרטי המעסיק –

שם העסק/חברה	רחוב	מס'	ת.ד.	ישוב	מיקוד
מס' מזהה (תאגיד/פרטי)	טלפון	פקס	דואר אלקטרוני		

שם איש הקשר אצל המעסיק	תפקיד	טלפון ישיר	פקס ישיר	דואר אלקטרוני	
מס' מועסקים	אופי פעילות העסק / חברה	ענף השתייכות			

3. נתוני שכר ותביעות –

שנת	מס' מבטחים	סה"כ שכר מבוטח	מס' ימי מחלה ששולמו בשנה קודמת	סך סכום דמי מחלה ששולם בשנה קודמת
שנת	מס' מבטחים	סה"כ שכר מבוטח	מס' ימי מחלה ששולמו בשנה קודמת	סך סכום דמי מחלה ששולם בשנה קודמת

יש לצרף קובץ הכולל את מס' ימי מחלה שחלה כל עובד בשנה קודמת וסך סכום דמי מחלה ששולם בגינו. סוג הסכם העבודה (סמן בעיגול) - קיבוצי / מפעלי / אחר - פרט: _____
לצורך הקניית רציפות ביטוחית, ככל שקיימת תוכנית קודמת, נא פרט ברשימה הראשונה את מועד תחילת ביטוח קיים לכל מועמד.

יש לסמן את הבחירה הרצויה מראש-

מס' ימי עבודה בשבוע בעסק / בחברה - 5 / 6 / 7.
תקופה קובעת לתשלום דמי ביטוח - 1 / 3 חודשים שקדמו להיעדרות.

השלמה לדמי פגיעה בעבודה- כולל / לא כולל

4. לצורך תשלום תביעות אנה ציין את פרטי חשבונך (אנה צרף צילום דוגמת המחאה של המעסיק) -

שם ומס' הבנק: _____ שם ומס' הסניף: _____ חשבון: _____

5. הצהרת המבקש (המעסיק):

הנני מצהיר כי -

- כללתי בביטוח את כל עובדי הכשרים היום לעבודה והם שכירי.
- הובהרו לי תנאי הביטוח ובמיוחד החריגים.
- ידוע לי שהביטוח יהיה בתוקף רק לאחר אישור המבטח.
- הצהרותיי ורשימות העובדים שאני אגיש בעתיד, יהוו את הבסיס לביטוח.

תאריך: _____ שם: _____ *חתימה: _____ חתימת החברה: _____