

מבוטח/ת נכבד/ה ,

הנדון: פוליסה לביטוח שיניים לחברי עמותת הרווחה של עובדי בזק ובני משפחותיהם
יציאה לחופשת לידה / חופשה ללא תשלום / פרישה / סיום העסקה

1. הנך מבוטח/ת במסגרת הפוליסה שבנדון .
2. פוליסת הביטוח הנה עד ליום 30/9/2015 ובהתאם לתנאיה יש להמשיך ולשלם את פרמיות הביטוח עד לתום תקופת הביטוח.

3. ביציאה לחל"ד

- 3.1 עמותת הרווחה ממשיכה לשלם את הפרמיה לעובדות בחל"ד עד 6 חודשים.
- 3.2 מעבר ל- 6 חודשים על העובדת להסדיר את הפרמיה באופן עצמאי בהוראת קבע או כרטיס אשראי.
- 3.3 על העובדת להסדיר את הפרמיה עבור בני משפחתה המבוטחים דרכה לאורך כל תקופת החל"ד.

4. ביציאה לחל"ת

- 4.1 עמותת הרווחה ממשיכה לשלם את הפרמיה לעובדים בחל"ת מסיבות: שמירת הריון, מחלה ללא תשלום, נכות זמנית, תאונת עבודה.
- 4.2 על המבוטח להמשיך ולשלם את הפרמיה עבור בני משפחתו המבוטחים דרכו באופן עצמאי בהוראת קבע או כרטיס אשראי.
- 4.3 חל"ת מכל סיבה אחרת - אינה משולמות ע"י העמותה ועל המבוטח להסדיר את הפרמיה באופן עצמאי עבורו ועבור בני משפחתו.

5. פרישה / סיום העסקה

יש באפשרותך להמשיך את הביטוח עבורך ועבור בני משפחתך המבוטחים דרכך

6. להנחיות נוספות, נשמח לעמוד לרשותך בכל שאלה או הבהרה
בטלפון 1-700-50-44-11

7. כתובתנו: הפניקס חברה לביטוח בע"מ
ת.ד 25224 ת"א 61251
מחלקת תפעול שיניים

בכבוד רב,
הפניקס חברה לביטוח בע"מ

תחום ביטוח בריאות

קשרי לקוחות: *3455
03-7332222

הפניקס חברה לביטוח בע"מ
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 53454
פקס: 03-5735222 | info@fnx.co.il | www.fnx.co.il

טופס הצטרפות לביטוח שיניים - באמצעות הוראת קבע / כרטיס אשראי

שם הקולקטיב	מס' פוליסה	סניף	שם הסוכן	מס' הסוכן
-------------	------------	------	----------	-----------

1 הנני מבקש/ת להצטרף לביטוח הוצאות ריפוי שיניים באמצעות "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".
לפורשים ניתן להצטרף תוך 90 יום מיום הפרישה/עזיבה.

שם המבוטח/ת				
פרטי המועמדים לביטוח				
מבוטח ראשי	שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	טל' בבעודה
מס' ב	מס' ז	מס' נ	מס' ת.ז.	מס' טל' נייד
תאריך לידה	תאריך לידה	תאריך לידה	תאריך לידה	תאריך לידה
בן/בת	שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מיקוד
מס' ב	מס' ז	מס' נ	מס' ת.ז.	מס' עיר
תאריך לידה	תאריך לידה	תאריך לידה	תאריך לידה	מס' רחוב
כתובת	שם הילדה	שם הילדה	שם הילדה	שם הילדה
מס' ב	מס' ז	מס' נ	מס' ת.ז.	מס' עיר
תאריך לידה	תאריך לידה	תאריך לידה	תאריך לידה	מס' רחוב
כתובת	שם הילדה	שם הילדה	שם הילדה	שם הילדה
מס' ב	מס' ז	מס' נ	מס' ת.ז.	מס' עיר
תאריך לידה	תאריך לידה	תאריך לידה	תאריך לידה	מס' רחוב

תקופת הביטוח ← מ- _____ ועד _____
תאריך תחילת תקופת הביטוח

ידוע לי, ואני מסכים כי תקופת הביטוח הינה מיום הצטרפותי (להלן "תקופת הביטוח") ועד לתום תקופת הביטוח הקולקטיבי וכי לא אהיה זכאי לבטל את הביטוח ו/או להפסיקו לפני תום תקופת הביטוח.

הצהרת המבוטח ←

ידוע לי ואני מסכים כי לשם שיפוי בגין הוצאות טיפול שיניים, אפעל אך ורק בהתאם להוראות פוליסת הביטוח לרבות בנושא שיפוי כספי בגבולות הפוליסה, השתתפות עצמית, אבחנה בין רופא שיבחר על ידי מרופאי ההסכם של הפניקס לבין רופא פרטי שיבחר על ידי, ואנכי נדרש בקבלת אישור מוקדם לטיפולים משקמים, חניכיים, השתלות, שיקום ע"ג שתלים וחידוש טיפול שורש.

מוסכם ומוצהר כי הפסקה בתשלומי פרמיות הביטוח מכל סיבה יגרמו מיידית להפסקת זכאותי להחזר ו/או שיפוי הוצאות טיפול שיניים במסגרת פוליסה זו.

ויתור על סודיות רפואית ←

הנני מוותר/ת בשמי ובשם ילדי, כאפוסטרופוס טבעי שלהם ובשם בן/בת זוגי כשלוח שלו/ה, על הסודיות הרפואית ומייפה את כוחה של "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" לקבל בשמי ובשם ילדי כל מידע רפואי מכל רופא וכל מוסד רפואי לרבות בתי חולים ו/או קופות חולים ו/או ביטוח לאומי ו/או מי מטעמם ו/או משרד הבטחון ו/או כל עובד בתחום הסוציאלי או הסיעודי (להלן המוסדות הרפואיים). הנני משחרר/ת את הרופאים והמוסדות הרפואיים מחובת השמירה על הסודיות הרפואית ולא תהייה לי כל טענות בקשר למסירת המידע.

התחייבות כספית ←

בקשתי להצטרפות מהווה גם התחייבות כספית והריני מבקש/ת בזה לנכות מחשבוני עבורי ועבור בני משפחתי, תשלומי פרמיות ביטוח, מדי חודש בחודשו, החל ממועד הצטרפות לביטוח ולמשך כל תקופת הביטוח, בכפוף לתנאי הפוליסה. בנספח לטופס הצטרפות הריני מפקיד בידי המבטח "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" שטר בטחון להבטחת תשלום הפרמיות לכל תקופת הביטוח. אני נותן בזאת ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" או למי מטעמה הרשאה בלתי חוזרת להשלים כל פרט שחסר בשטר וכן אני פוטר את הפניקס מהצגת השטר לפרעון וממשלוח הודעות חילול.

<input checked="" type="checkbox"/>	שם ומשפחה	תאריך
חתימה		

שטר בטחון לא סחיר ←

ביום _____ בחודש _____ שנה _____ אני מתחייב לשלם נגד שטר זה ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "הפניקס") סך* _____ שקלים חדשים (במלים) _____

מקום התשלום: הפניקס חברה לביטוח בע"מ - דרך השלום 53 גבעתיים 53454

<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת עושה השטר	מספר	רחוב	מס' ת.ז.	שם
מס' ב	מס' ז	מס' נ	מס' ת.ז.	מס' עיר	מס' רחוב
תאריך לידה	תאריך לידה	תאריך לידה	תאריך לידה	תאריך לידה	תאריך לידה

* סכום השטר יהיה בגובה סך כל הפרמיות המגיעות לכל תקופת הביטוח.

← **תשלום באמצעות כרטיס אשראי**

שם מלא	ס"ב ת.ד.	תוקף הכרטיס	מספר כרטיס
<input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל הכרטיס			

← **הסדר קבע לתשלום פרמיות באמצעות הוראה לחיוב חשבון**

תנאי הסדר התשלומים

- בכל חודש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה, תמשוך "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן "החברה") את סכום הפרמיה (דמי הביטוח) הנקוב בפוליסה ובתוספתיה בהתאם להסדר התשלומים, פעולת חיוב סכום זה בחשבוןך תשמש כאישור תשלום הפרמיה.
- אפשרות לשלם פרמיות בהתאם לאמור לעיל מותנה בהסכמת הבנק לפעול לפי הסדר זה.
- ההוראה לחיוב חשבון ניתנת לביטול אם משיכה כלשהיא לא תכוד בעת המצאת הודעת החברה לבנק, כמו כן, ניתנת לבעל/י החשבון האפשרות לבטל השתתפותו בהסדר הנ"ל ע"י מסירת הודעה בכתב לבנק ולחברה מראש.
- החברה מתחייבת למשוך אך ורק סכומים שאינם גבוהים מסכומי הפרמיות המגיעות לה והמיועדות לתשלום, בהתאם לתנאי הפוליסה ותוספותיה שעבורן מבקש בעל החשבון הפעלת הסדר תשלום.

← **הרשאה לחיוב חשבון**

מספר החשבון בבנק סוכן חשבון קוד סניף קוד בנק		בנק סניף
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה) קוד מוסד 5 1 1		כתובת הסניף
שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק מס' ת.ד. / ח.פ.	אב"ו הח"מ כתובת	רחוב מספר עיר מיקוד
נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבונו/ם הנ"ל בסניפכם בגין פרמיות ביטוח הוצאות רפואי שניניים/אלמנטרי בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מונטי או ברשימות על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".		
ידוע לי/לנו כי:		
א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" שתכנס לתוקף, יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.		
ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.		
ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מ-90 ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/וכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.		
3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל-ינו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".		
4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תשלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.		
5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.		
6. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.		
7. בא לשלם ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.		
פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו ייקבעו על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" על-פי תנאי הפוליסה/ות ותוספותיה/ן.		
<input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל החשבון	תאריך	

← **אישור הבנק**

מספר החשבון בבנק סוכן חשבון קוד סניף קוד בנק		לקבול הפניקס חברה לביטוח בע"מ ת.ד. 25333 תל-אביב 61253
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה) קוד מוסד 5 1 1		
קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מונטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/כם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.		
בכבוד רב,		
<input checked="" type="checkbox"/> חתימה וחומת הבנק והסניף	מספר הסניף	שם הבנק
תאריך		