

טופס הצטרפות לביטוח השניים של משטרת ישראל

- טופס גביה פרטית לגמלאים, הורים שכולים, אלמנים/ות

| ← פרטי המבוטח/ת הראשית | | | | |
|------------------------|------------|-------|-------|-----|
| | ז | נ | ו | ז |
| שם פרטי | שם משפחה | | ת.ז. | מין |
| כתובת | שוב | מיקוד | דוא"ל | |
| טלפון | טלפון נייד | | | |

| | | |
|----------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| נא לסמן כיסוי מבוקש | | במועד ההצטרפות, יציין המבוטח הראשי בבירור לאיזה כיסוי ביטוחי יצטרף/או יצרף את בני משפחתו. 1. תנאי ההצטרפות המחייבים הם תנאי פוליסת ביטוח השניים של משטרת ישראל. 2. ההצטרפות לביטוח הינה במהלך 120 יום מיום תחילת הביטוח, או מיום הזכאות להצטרף לביטוח ומחייבת תשלום דמי ביטוח רטואקטיבית מיום תחילת ההסכם או מיום הזכאות להצטרף לביטוח. 3. הנני מוותר/ת בשמי ובשם ילדי, כאפוטרופוס טבעי שלהם ובשם בן/בת זוגי כשלוש שלו/ה, על הסודיות הרפואית ומייפה את כוחה של "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" לקבל בשמי וילדי כל מידע רפואי מכל רופא וכל מוסד רפואי, אשר קשור במישרין/או בעקיפין לטיפולים דנטליים ולרפואת הפה. הנני משחרר/ת את הרופאים והמוסדות הרפואיים מחובת השמירה על הסודיות הרפואית ולא תהינה לי כל טענות בקשר למסירת המידע. אם הנך מצטרף לפוליסה אחרי ה- 30/6/2018, חובה לציין את יום תחילת הביטוח: ____/____/____ |
|----------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | מבוטח/ת ראשית | | בן/בת זוג | |
|-----------|-----------|---------------|-----|------------|------------|
| שם פרטי | שם משפחה | ת.ז. | מין | תאריך לידה | תאריך לידה |
| ש"ח 64.50 | ש"ח 32.45 | | | | |
| ש"ח 64.50 | ש"ח 32.45 | | | | |

| ילדים בגיל 0-21 | | | | | |
|-----------------|----------|------|-----|------------|---------|
| שם פרטי | שם משפחה | ת.ז. | מין | תאריך לידה | שם פרטי |
| ילד/ה | | | | | |
| ילד/ה | | | | | |
| ילד/ה | | | | | |
| ילד/ה | | | | | |
| ילד/ה | | | | | |

| ילדים בוגרים מעל גיל 21 | | | | | |
|-------------------------|----------|------|-----|------------|---------|
| שם פרטי | שם משפחה | ת.ז. | מין | תאריך לידה | שם פרטי |
| ילד בוגר | | | | | |
| ילד בוגר | | | | | |
| ילד בוגר | | | | | |

| ← הוראות כלליות | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 1. תקופת הביטוח הקולקטיבית הינה 5 שנים מיום 1/3/2018 ועד 28/2/2023. 2. זכאותי לקבלת טיפולי שיניים תהא מיום קליטתי במערכות הפניקס ועד לתום תקופת הביטוח הקולקטיבית וכל עוד אשלם את דמי הביטוח. 3. דמי הביטוח המפורטים לעיל, יוצמדו למדד מידי חודש החל מיום 10/6/2019. 4. תנאי הביטוח בכל אחד מן המקרים הבאים יגיע הביטוח לסימונו: תום תקופת הביטוח הקבוצתי, גירושין, פטירה ח"ח, יציאה לחל"ת, גיוס לצה"ל, הגיע ילד לגיל 21, אלא אם בחר להמשיך, ביטול על פי סעיף 8.1.2 לפוליסה. יובהר כי תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח מפורטים בהרחבה בדפי הגילוי הנאות ובתנאי הפוליסה. | | | | | |

| ← התחייבות כספית | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------|-------|--|--|
| בקשתי להצטרפות מהווה גם התחייבות כספית והריני מבקשת/ת בזה לנכות מחשבוני עבורי ועבור בני משפחתי, תשלומי פרמיות ביטוח, מדי חודש בחודשו, החל ממועד ההצטרפות לביטוח ולמשך כל תקופת הביטוח, בכפוף לתנאי הפוליסה. | | | | | |
| | X | | | | |
| תאריך | שם משפחה | שם פרטי | חתימה | | |

