

טופס הצטרפות לביטוח השיניים של משטרת ישראל - טופס גביה פרטית לשוטרים
טופס לשוטרים בלבד - להרחבת הביטוח ולצירוף בני משפחה

פרטי השוטר/ת					
מספר אישי	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	טלפון בבית
כתובת	ישוב	מיקוד	דוא"ל	טלפון נייד	

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

שוטר/ת	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	טלפון ש"ח	טלפון ש"ח
בן/בת זוג	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	טלפון ש"ח	טלפון ש"ח
						64.50 ש"ח	32.45 ש"ח

ילדים בגיל 0-21

ילד/ה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	טלפון ש"ח	טלפון ש"ח
ילד/ה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	טלפון ש"ח	טלפון ש"ח
ילד/ה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	טלפון ש"ח	טלפון ש"ח
ילד/ה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	טלפון ש"ח	טלפון ש"ח
ילד/ה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	טלפון ש"ח	טלפון ש"ח

ילדים בוגרים מעל גיל 21

ילד בוגר	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	טלפון ש"ח	טלפון ש"ח
ילד בוגר	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	טלפון ש"ח	טלפון ש"ח
						64.50 ש"ח	32.45 ש"ח
ילד בוגר	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	טלפון ש"ח	טלפון ש"ח
						64.50 ש"ח	32.45 ש"ח

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, יצמדו למדד מידי חודש החל מיום 10/6/2019. 4. תנאי הביטוח בכל אחד מן המקרים הבאים יגיע הביטוח לסימומו: תום תקופת הביטוח הקבוצתי, סיום שירות במשטרה, גירושין, פטירה חו"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
חתימה
שם פרטי
שם משפחה
תאריך

