

**טופס הצטרפות – ביטוח שיניים קבוצתי לעובדי רכבת ישראל ובני משפחותיהם**

רכבת ישראל 2020			
שם העובד/ת	ת.ז.	שם הקולקטיב	
רחוב	מס' בית	יישוב	
מיקוד			
טלפון בבית	טלפון בעבודה	טלפון נייד	
כתובת דואר אלקטרוני			

הנני עובד רכבת ישראל המבקש להצטרף ו/או לצרף את בני משפחתי לביטוח שיניים קבוצתי לעובדי רכבת ישראל ובני משפחותיהם באמצעות "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" מיום 1/09/20 ועד ליום 31/08/25 (5 שנים).

- תנאי ההצטרפות המחייבים הם תנאי פוליסת ביטוח השיניים של רכבת ישראל.
- ההצטרפות לביטוח הינה במהלך 90 יום מיום תחילת הביטוח, או מיום הזכאות להצטרף לביטוח ומחייבת תשלום דמי ביטוח רטרואקטיבית מיום תחילת ההסכם או מיום הזכאות להצטרף לביטוח.
- הנני מוותר/ת בשמי ובשם ילדי, כאוטורפוס 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, 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.

פרטי המועמדים לביטוח					
מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	עובד/ת
נ / ז					עובד/ת
נ / ז					בן/בת זוג
נ / ז					ילד/ה 1
נ / ז					ילד/ה 2
נ / ז					ילד/ה 3
נ / ז					ילד/ה 4

תקופת הביטוח			
ידוע לי ואני מסכים כי תקופת הביטוח הינה עד 31/08/25 מיום תחילתו (להלן "תקופת הביטוח")	ועד	31/08/25	מ
תקופת הביטוח			

**הצהרת המבוטח**

ידוע לי ואני מסכים כי לשם שיפוי בגין הוצאות טיפול שיניים, אפעל אך ורק בהתאם להוראות פוליסת הביטוח.

**דמי הביטוח**

עובד/ת - 83 ש"ח  
 בן/בת זוג - 83 ש"ח  
 ילד בוגר מעל גיל 21 - 56 ש"ח  
 ילד בגיל 5 עד 21 - 37 ש"ח  
 ילד שלישי ואילך (במניין הקטינים) - חנם  
 המחירים על פי המדד שפורסם ביום 15.02.20.

**תנאי הביטול**

בכל אחד מהמקרים הבאים יגיע הביטוח לסיומו, הן לגבי המבוטח שהינו עובד והן לגבי בני משפחתו - יובהר כי תנאי ביטול הפוליסה ע"י מבוטח מפורטים בהרחבה בדפי הגילוי הנאות ובסעיף 7 "תום הביטוח/ביטול הביטוח" בחוברת הפוליסה:

- סיום יחסי עובד/מעביד בינו לבין בעל הפוליסה ו/או פרש לגמלאות.
- ביטול בן/בת זוג של עובד שנישואיו הגיעו לקיצים בגירושין.
- נפטר מבוטח שהוא עובד חברה (ימשיכו אלמנתו ויתומיו להיות מבוטחים, אם ירצו בכך).
- מבוטח אשר התגייס לצה"ל יהיה רשאי, אך לא חייב, להפסיק את הביטוח.
- עובד הנמצא בחל"ת (תקופה של חופשה ללא תשלום במשך 3 חודשים ומעלה).
- ביטול הפוליסה בכל עת בכפוף לאמור - בסעיף 7.5 לפוליסה.

**הוראה לניכוי דמי ביטוח מהמשכורת**

הריני נותן/ת בזאת הוראה למחלקת השכר לנכות ממשכורתי מידי חודש את הפרמיות בגין ביטוח שיניים של בני משפחתי ששם רשום לעיל, הוראה זו תישאר בתוקף כל עוד לא ניתנה הוראת ביטול בכתב על ידי ובכפוף לתנאי הפוליסה.

יש להקיף לחתום במקומות מסומנים ב-X	תאריך חתימה
X	
חתימת העובד/ת	