

אל: בנק דיסקונט  
אגף משאבי אנוש – חשב השכר  
שם חשב השכר: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_  
DOC.103284

**טופס הצטרפות לביטוח שיניים דיסקונט לבריאות השן  
לעובדי בנק דיסקונט ובני משפחותיהם**

הוראות למילוי הטופס / האפשרויות לצרוף בני המשפחה לביטוח השיניים:

1. עובד/ת + בן/ת זוג.
2. עובד/ת + בן/ת זוג + כל הילדים בגיל 21-3.
3. עובד/ת + בן/ת זוג + מי מילדיהם מעל גיל 21.

לא ניתן לצרף חלק מהילדים או ילדים ללא בן/ת זוג, אלא אם בן/ת זוג מבוטח/ת בביטוח שיניים אחר.

מאת: פרטי העובד/ת המבוטח/ת או המצטרף/ת לביטוח:

נ	ז	מ	מרחב	סניף / מח'	מס' עובד	שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות

מיקוד	מס' דירה	מס' בית	רחוב	עיר	תאריך לידה

מבקש/ת לצרף לביטוח השיניים את בני משפחתי הרשומים מטה:

קירבה משפחתית	ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
בן/ת זוג				
ילדים מעל גיל 21:				
ילד בוגר				
ילד בוגר				
ילדים גילאי 3 עד 21:				
קטין				
קטין				
קטין				
קטין				

בחתימתי על מסמך זה הריני מתחייב/ת כספית כלפי "בנק דיסקונט לישראל בע"מ" ומורה בזאת לנכות ממשכורתי מדי חודש בחודשו, פרמיה בגין ביטוח לי ו/או לבני משפחתי הרשומים לעיל בתשלומים רצופים וצמודים למדד לפי התעריף, התקופה והתנאים שנקבעו בין הפניקס חברה לביטוח בע"מ לבין הועד הארצי וזאת לתקופה של 72 חודש ו/או כל עוד אהיה אני ו/או בני משפחתי הנ"ל מבוטחים במסגרת הפוליסה ובתנאי שבמשך תקופה זו יהיו ביני לבין בנק דיסקונט יחסי עובד מעביד.

חתימתי שלהלן מהווה הסכמה מלאה ובלתי מסוייגת מצדי לגבי סמכות הבנק לבצע את הניכויים הנ"ל ממשכורתי, ולא אטען ולא אתבע אי פעם שום טענה או תביעה בענין זה נגד הבנק. כמו כן, ידוע וברור לי, ואני מסכים לכך, שעל הבנק עצמו אינה מוטלת שום חובה או אחריות מכל סוג שהוא לגבי הזכויות והחובות שלי ושל בני משפחתי בביטוח השיניים, ולא נדרוש ולא נתבע מהבנק שום כספים, חוזרי ניכויים, זכויות או אחריות בנושא זה על כל השלכותיו, לי ולבני משפחתי. אשפה את הבנק על הפרת התחייבותי אלה.

\_\_\_\_\_ חתימה:

\_\_\_\_\_ תאריך: