

טופס גביה פרטית - ביטוח שיניים קבוצתי לפורשי וגמלאי בנק דיסקונט לישראל

| | | |
|-------------------|------|------------|
| דיסקונט פורש 2018 | | |
| שם הקולקטיב | ת.ז. | שם הפורש/ת |

| | | | |
|---------------------|--------------|------------|------|
| מיקוד | יישוב | מס' בית | רחוב |
| טלפון נייד | טלפון בעבודה | טלפון בבית | |
| @ | | | |
| כתובת דואר אלקטרוני | | | |

הנני מבקש/ת להצטרף לביטוח ו/או לצרף את בני משפחתי לביטוח שיניים קבוצתי לפורשי וגמלאי בנק דיסקונט לישראל ובני משפחותיהם באמצעות "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" עד ליום 30/6/23.

| פרטי המועמדים לביטוח | | | | | | |
|----------------------|------------|---------|----------|------|-----------------|--|
| מין | תאריך לידה | שם פרטי | שם משפחה | ת.ז. | | |
| נ / ז | | | | | גמלאי/ת, פורש/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 30.6.2023 מיום תחילתו (להלן "תקופת הביטוח") | 30/6/23 | ועד | ___ / ___ / ___ |
| תקופת הביטוח | | | |

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

| דמי הביטוח | |
|---|---|
| גמלאי/ת, פורש/ת - 100.76 ש"ח בן/בת זוג - 100.76 ש"ח ילד בוגר מעל גיל 21 - 100.76 ש"ח ילד בגיל 3 עד 21 - 47.35 ש"ח ילד שלישי ואילך (במניין הקטינים) - חינם | המחירים על פי המדד שפורסם ביום 15.6.18. |

תנאי הביטול
 בכל אחד מהמקרים הבאים יגיע הביטוח לסיומו, הן לגבי המבוטח שהינו גמלאי/פורש והן לגבי בני משפחתו - יובהר כי תנאי ביטול הפוליסה ע"י מבוטח מפורטים בהרחבה בדפי הגילוי הנאות ובסעיף 5 "תום הביטוח/ביטול הביטוח" בחוברת הפוליסה:

- ביטול בן/בת זוג של גמלאי/ת שנישואיו הגיעו לקיצם בגירושין או בשל פרידה מידועה/בציבור.
- נפטר מבוטח שהוא גמלאי/ת חברה (ימשיכו אלמנתו ויתומיו להיות מבוטחים, אם ירצו בכך).
- מלאו לילד 21 שנה, יבוטל הביטוח לגביו, אלא אם יבקש להמשיך את הביטוח כילד בוגר.
- מבוטח אשר התגייס לצה"ל יהיה רשאי, אך לא חייב, להפסיק את הביטוח.
- ביטול הפוליסה בכל עת בכפוף לאמור - בסעיף 5.3 לפוליסה.

| 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 ההצטרפות לביטוח ולמשך כל תקופת הביטוח, בכפוף לתנאי הפוליסה. | | | |
| תאריך | שם משפחה | שם פרטי | חתימה X |

