

טופס הצטרפות - ביטוח שיניים קבוצתי לעובדי בנק דיסקונט לישראל ובני משפחותיהם

דיסקונט 2023		
שם העובד/ת	ת.ז.	שם הקולקטיב

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

הנני עובד בנק דיסקונט לישראל המבקש להצטרף ו/או לצרף את בני משפחתי לביטוח שיניים קבוצתי לעובדי בנק דיסקונט לישראל ובני משפחותיהם באמצעות "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" מיום 1.9.2023 ועד ליום 31.8.2028 (5 שנים).

1. תנאי ההצטרפות המחייבים הם תנאי פוליסת ביטוח השיניים של בנק דיסקונט.

2. ההצטרפות לביטוח הינה במהלך 90 יום מיום תחילת הביטוח (1.9.2023), או מיום הזכאות להצטרף לביטוח (על פי תנאי הפוליסה) ומחייבת תשלום דמי ביטוח **רטרואקטיבית** מיום תחילת ההסכם (1.9.2023) או מיום הזכאות להצטרף לביטוח.

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

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

תקופת הביטוח				
מ	ועד	31.8.2028	ידוע לי ואני מסכים כי תקופת הביטוח הינה עד 31.8.2028 מיום תחילתנו (להלן "תקופת הביטוח")	
תקופת הביטוח				

דמי הביטוח - בהתאם להוראות סעיף 3.5 בפוליסה (התאמת פרמיה)				
עובד/ת - 127.77 ש"ח	בן/ת זוג - 127.77 ש"ח	ילד בוגר מעל גיל 21 - 127.77 ש"ח	ילד בגיל 3 עד 21 - 68.88 ש"ח	ילד שלישי ואילך (במניין הקטינים) - חינם* (* במועד חידוש הפוליסה בתום תקופת הביטוח, החברה רשאית לבטל את ההטבה למצטרפים חדשים וגם עבור מבוטחים קיימים שכבר צורפו לפוליסה וטרם צירפו את ילדם השלישי.
המחירים על פי המדד שפורסם ביום 15.5.23.				

אנא מלא פרטי קשר של כל מועמד בגיר (מעל גיל 18) וציין איך תרצה לקבל את מסמכי הדיווח (גילוי נאות/ דף פרטי ביטוח/ דו"ח שנתי)

מועמדים לביטוח	טלפון נייד	דואר אלקטרוני (e-mail)	כתובת דואר ישראל חובה למלא		
			רחוב	מס' בית	יישוב
מועמד ראשון/ בעל פוליסה			<input type="radio"/> דואר אלקטרוני	<input type="radio"/> דואר ישראל	
מועמד שני			<input type="radio"/> דואר אלקטרוני	<input type="radio"/> דואר ישראל	
ילד בוגר- שם:			<input type="radio"/> דואר אלקטרוני	<input type="radio"/> דואר ישראל	

** בכל אחת מהאפשרויות יישלח גם SMS בנוסף, ככל שלא תבחר את האפשרות המועדפת לקבלת מסמכי הדיווח, ישלחו המסמכים בהתאם לפרטי הקשר הקיימים לפי הוראות חוזר מס' 1-1-2018 לעניין זה (בהתקיים דוא"ל - ישלחו מסמכי הדיווח לדוא"ל, בהיעדר דוא"ל - ישלחו מסמכי הדיווח לנייד המקבל SMS, בהיעדר נייד - ישלחו מסמכי הדיווח בדואר ישראל).

מועמדים בגירים לביטוח שלא סומן עבורם פרטי קשר - תראה הפניקס את פרטי הקשר של המועמד הראשי/ בעל הפוליסה כפרטי הקשר של כל המועמדים לביטוח הבגירים בפוליסה. לתשומת לבך - ניתן בכל עת לשנות את אופן קבלת מסמכי הדיווח באמצעות הודעה בכתב לחברה (בדואר/ בדוא"ל/ בחשבון האישי) או באמצעות שיחה טלפונית למוקד שירות הקוחות *3455.

הסכמה לממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

ברשות שוק ההון ביטוח וחיסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך, הן הקיימים והן שתרכוש בעתיד, בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שהחברות מעבירות אל הרשות. ככל והנך מעוניין לבטל את הופעת פרטי הפוליסות כאמור, עליך לפנות לחברה בהמשך ושלא במעמד הצירוף, באמצעות אזור המידע האישי, תחת "הסכמות לקבלת דוורים ופניות".

עדכון בגיר לצורך זיהוי בממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח של קטין

רשות שוק ההון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטנים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שהגורם המשלם יוגדר כבגיר לצורך זיהוי או אם ברצונך להוסיף בגיר נוסף לצורך זיהוי, עליך למלא את פרטיו בטופס "עדכון בגיר" דיגיטלי המופיע באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.fnx.co.il ובמידע אישי. לידיעתך, רק בגיר שיוגדר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרכז באתר האינטרנט "הר הביטוח" במוצרי הביטוח של קטין, בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי, בכל חברות הביטוח בישראל.

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה וכל מידע נוסף שיימסר בעתיד על ידי לחברה, נמסר בהסכמתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי שהמידע ישמר במאגרי המידע של החברה ואו חברות מהקבוצה ו/או אצל גורם אחר מטעמה וישמש לצורך ניהול, תפעול וטיפול בכל ענייני הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקטואריים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין. ("הקבוצה" – הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס אחזקות בע"מ, חברות הבת וכן כל החברות והגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס ביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם של 50% או יותר). ידוע לי כי פרטי ההתקשרות (דוא"ל ו/או טלפון נייד) שצינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשותי בקבוצה.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המועמד הראשי	חתימת המועמד השני	חתימת ילד בוגר

הצהרות המועמד לביטוח

- 1. תקופת הביטוח הקולקטיבית הינה 5 שנים 1/9/2023 ועד 31/8/2028.**
- זכאותי לקבלת טיפולי שיניים תהא מיום קליטתי במערכות הפניקס ועד לתום תקופת הביטוח הקולקטיבית וכל עוד אשלם את דמי הביטוח.
- דמי הביטוח המפורטים לעיל, יוצמדו למדד על פי המדד שפורסם ביום 15/5/2023.

הצהרות נוספות

אני המועמד לביטוח, מבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ להלן: ("החברה") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

- כל התשובות כמפורט בהצעה ניתנו ביחס לשאלות בעניינים מהותיים, הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. ידוע לי שככל שלא נעשה כך, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי ביטוח.
- התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ו/או נמצא בהפניקס וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה ביננו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- הרשות בידכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/לנו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהפניקס תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שניתנו אמצעי תשלום שניתן לגבות ממנו דמי ביטוח.
- הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני חותם גם בשמם כאפוסטרופוס טבעי.
- אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד תיתן לי החברה מידע ושירותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מתן שירותים ו/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות והפניקס לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת.
- הריני לאשר כי הוצגו בפני דמי הביטוח בגין תוכניות הביטוח, הגילוי הנאות וכן הוצע לי לקבל פירוט אודות מידע מהותי.
- 7. ויתור על סודיות רפואית:** אני הח"מ המבוטח,נותן/ת בזה רשות לקופ"ח ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" ו/או הפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ, את כל הפרטים הנדרשים לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד ובצורה שתדרש ע"י הפניקס, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחלתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "הפניקס" ולא תהינה לי אליכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי את עצמוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.

הצהרות נוספות - המשך
8. תנאי הביטול

בכל אחד מן המקרים הבאים יגיע הביטוח לסימו: תום תקופת הביטוח הקבוצתי, אובדן זיקה של המבוטח הראשי לבעל הפוליסה, גירושין, פטירה חו"ח, חל"ד, חל"ת, רילוקיישן, הגיע ילד לגיל 21, ביטול על פי סעיף 5.3 ו-5.6 לפוליסה.

יובהר כי תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח מפורטים בהרחבה בדפי הגילוי הנאות ובתנאי הפוליסה.

מבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בכל עת, בלא תנאי, למעט דרישת החזר כספי כמפורט בסעיפים 8.1-8.2 להלן:

8.1. מבטח רשאי לדרוש החזר כספי ממבוטח שביטל פוליסה, בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן:

א. המבוטח ביטל את הפוליסה במהלך שלוש שנים הראשונות ממועד צירופו לפוליסה לראשונה או במהלך תקופה המסתיימת בחלוף שלושת רבעי תקופת הביטוח שהוגדרה בפוליסה בעת צירופו לראשונה, לפי המוקדם מבניהם (להלן: "התקופה הקובעת").

לעניין זה במקרה של חידוש הפוליסה לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר (להלן: "חידוש הפוליסה") שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש יראו את חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבוטח לפוליסה לראשונה.

במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף - במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש לא יראו במועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבוטח לפוליסה לראשונה.

ב. סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבוטח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבוטחים אחרים בפוליסה.

8.2. גובה ההחזר הכספי האמור בסעיף 8.1 לא יעלה על הנמוך מבין ההפרש בין סך תגמולי הביטוח לבין סך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה או מכפלת הפרמיה החודשית שמשולמת בגין המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנותרו עד תום התקופה הקובעת.

לעניין חישוב גובה ההחזר הכספי יוגדרו: "סך תגמולי הביטוח" סך תגמולי הביטוח ששילם המבוטח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכח הפוליסה של המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה 8.1 א', חישוב ההחזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילם המבוטח בגין סל הטיפולים החדש בלבד. המבוטח יהיה רשאי לכלול בתגמולי הביטוח הוצאות בגין ניהול תביעות בשיעור שייקבע בפוליסה שלא יעלה על עשרה אחוזים מסך תגמולי הביטוח.

"סך הפרמיות" סך הפרמיות ששולמו בשל המבוטח שלגביו בקשת הביטול במהלך התקופה הקובעת. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה 8.1 א', הפרמיות לצורך חישוב ההחזר הכספי יהיו הפרמיות ששולמו בגין סל הטיפולים החדש בלבד.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימת המועמד הראשי	חתימת המועמד השני	חתימת ילד בוגר _____

הוראה ליכוי 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.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
תאריך חתימה	יש להקיף לחתום במקומות מסומנים ב- X	חתימת העובד/ת

יש להעביר את הטופס אל בנק דיסקונט, אגף משאבי אנוש - חשב השכר