

## טופס הצטרפות לביטוח שניים למשרתי שירות בתי הסוהר ולקרנות הסוהרים - טופס לגמלאי/ת, אלמן/ה

לכבוד

הפניקס חברה לביטוח בע"מ - מחלקת תפעול שניים

באמצעות פקס: 03-7238878 או באמצעות מייל shabas@fnx.co.il

הריני נותן הוראה בלתי חוזרת לנכות את דמי הביטוח משכרי בהתאם לתוכנית ביטוח השניים ובהתאם לנפשות שצירפתי לביטוח זה ופרטיהם הרשומים מטה, כל עוד פוליסת ביטוח השניים בתוקף.

<b>← פרטי הגמלאי/ת, אלמן/ה</b>			
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	טלפון בבית
כתובת	ישוב	מיקוד	טלפון נייד

		אבקש לצרף/ להרחיב אותי/ את בני משפחתי המפורטים להלן לביטוח השניים.					
		1. תנאי ההצטרפות המחייבים הם תנאי הפוליסה של שירות בתי הסוהר וקרנות הסוהרים.					
		2. ההצטרפות לביטוח הינה במהלך 180 ימי ההצטרפות הראשונים ומחייבת תשלום דמי ביטוח <u>רטרואקטיבי</u> מיום תחילת ההסכם או מיום הזכאות להצטרף לביטוח.					
		3. גמלאי/ת, אלמן/ה המבקש לצרף בן משפחה לביטוח המורחב, חייב להרחיב בעצמו.					
<b>נא לסמן כיסוי מבוקש</b>							
תוספת ביטוח מורחב למבוגר/ילד	ביטוח בסיסי בלבד	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	גמלאי/ת, אלמן/ה
○ 55 ש"ח	○ 8.53 ש"ח				○ 20		
○ 55 ש"ח	○ 27.8 ש"ח				○ 20		בן/בת זוג
					○ 20		

### ילדים / נכדים בגיל 21-6 יש לסמן האם מדובר בילד או בנכד ( כל נכד חייב בתשלום פרמיה. ילד רביעי ואילך חינם)

○ 8 ש"ח	○ 20 ש"ח				○ 20		ילד / נכד
					○ 20		
○ 8 ש"ח	○ 20 ש"ח				○ 20		ילד / נכד
					○ 20		
○ 8 ש"ח	○ 20 ש"ח				○ 20		ילד / נכד
					○ 20		
○ 8 ש"ח	○ 20 ש"ח				○ 20		ילד / נכד
					○ 20		

### ילדים / נכדים מעל גיל 21

○ 55 ש"ח	○ 27.8 ש"ח				○ 20		ילד / נכד
					○ 20		
○ 55 ש"ח	○ 27.8 ש"ח				○ 20		ילד / נכד
					○ 20		
○ 55 ש"ח	○ 27.8 ש"ח				○ 20		ילד / נכד
					○ 20		

### ← הוראות כלליות

1. תקופת הביטוח הקולקטיבית הינה מיום 1.8.17 ועד 31.7.2021, עם אופציה להארכה ל- 4 שנים נוספות.
2. זכאותי לקבלת טיפולי שניים תהא מיום קליטתי במערכות הפניקס ועד לתום תקופת הביטוח הקולקטיבית וכל עוד משולמים דמי ביטוח בגינם.
3. הפרמיה צמודה למדד המחירים לצרכן אשר יפורסם ב- 15/7/2018. ההצמדה תחל מחודש 7/2018.
4. **תנאי הביטול**  
בכל אחד מן המקרים הבאים יגיע הביטוח לסיימו: תום תקופת הביטוח הקבוצתית, גירושין, פטירה ח"ח, ביטול לפי סעיף 6.1 לפוליסה, הגיע ילד לגיל 21 אלא אם ביקש להמשיך.  
יובהר כי תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח מפורטים בהרחבה בדפי הגילוי הנאות ובתנאי הפוליסה.
5. אני מסכים שאם תכנית הביטוח תשא רווחים, הרווחים יועברו לקרנות הסוהרים למטרת פעילות רווחה לכלל העמיתים בעמותה

### ← חתימות

<b>X</b>		תאריך
חתימה		