

טופס הצטרפות לביטוח שניים למשרתי שירות בתי הסוהר ולקרנות הסוהרים
טופס לסוהר בלבד - להרחבת הביטוח ולצירוף בני משפחה

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 לנוכח את דמי הביטוח משכרי בהתאם לתוכנית ביטוח השניים ובהתאם לנפשות שצירפתי לביטוח זה ופרטיהם הרשומים מטה, כל עוד פוליסת ביטוח השניים בתוקף.

פרטי הסוהר/ת				
מס' אישי	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	טלפון בבית
כתובת	ישוב	מיקוד	טלפון נייד	

נא לסמן כיסוי מבוקש		אבקש לצרף/ להרחיב אותי/ את בני משפחתי המפורטים להלן לביטוח השניים.				
תוספת ביטוח מורחב למבוגר/ילד	ביטוח בסיסי בלבד	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. סוהר המבקש לצרף בן משפחה לביטוח המורחב, חייב להרחיב בעצמו.				
	<input checked="" type="checkbox"/>					
55 ש"ח		שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה
55 ש"ח	27.8 ש"ח	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה
ילדים / נכדים בגיל 6-21 יש לסמן האם מדובר בילד או בנכד (כל נכד חייב בתשלום פרמיה. ילד רביעי ואילך חינם)						
8 ש"ח	20 ש"ח	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה
8 ש"ח	20 ש"ח	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה
8 ש"ח	20 ש"ח	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה
8 ש"ח	20 ש"ח	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה
ילדים / נכדים מעל גיל 21						
55 ש"ח	27.8 ש"ח	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה
55 ש"ח	27.8 ש"ח	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה
55 ש"ח	27.8 ש"ח	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה

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 בניגום.
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 לסימומו: תום תקופת הביטוח הקבוצתית, גירושין, פטירה חו"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	
X	
חתימת העובד/ת	תאריך