

טופס הצטרפות לביטוח שיניים - באמצעות הוראת קבע / כרטיס אשראי

שם המבוטח	מס' פוליסה	סניף	שם הסוכן	מס' הסוכן
-----------	------------	------	----------	-----------

1 הנני מבקש/ת להצטרף לביטוח הוצאות ריפוי שיניים באמצעות "הפניקס חברה לביטוח בע"מ". לפורשים ניתן להצטרף תוך 90 יום מיום הפרישה/עזיבה.

שם המבוטח/ת

פרטי המועמדים לביטוח

מבוטח ראשי	שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מס' ת.ז.	ז / ב	תאריך לידה	
בן/בת הזוג	שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מס' ת.ז.	ז / ב	תאריך לידה	
כתובת	רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טל' בבית	טל' בעבודה	טל' נייד
שם הילד/ה	מס' ת.ז.	מס' ת.ז.	ז / ב	תאריך לידה			
שם הילד/ה	מס' ת.ז.	מס' ת.ז.	ז / ב	תאריך לידה			
שם הילד/ה	מס' ת.ז.	מס' ת.ז.	ז / ב	תאריך לידה			
שם הילד/ה	מס' ת.ז.	מס' ת.ז.	ז / ב	תאריך לידה			

תקופת הביטוח

מ- _____ ועד _____
תאריך תחילת תקופת הביטוח

ידוע לי, ואני מסכים כי תקופת הביטוח הינה מיום הצטרפותי (להלן "תקופת הביטוח") ועד לתום תקופת הביטוח הקולקטיבי וכי לא אהיה זכאי לבטל את הביטוח ו/או להפסיקו לפני תום תקופת הביטוח.

הצהרת המבוטח

ידוע לי ואני מסכים כי לשם שיפוי בגין הוצאות טיפול שיניים, אפעל אך ורק בהתאם להוראות פוליסת הביטוח לרבות בנושא שיפוי כספי בגבולות הפוליסה, השתתפות עצמית, אבחנה בין רופא שיבחר על ידי מרופאי ההסכם של הפניקס לבין רופא פרטי שיבחר על ידי, ואנכי נדרש בקבלת אישור מוקדם לטיפולים משקמים, חניכיים, השתלות, שיקום ע"ג שתלים וחיידוש טיפול שורש.

מוסכם ומוצהר כי הפסקה בתשלומי פרמיות הביטוח מכל סיבה יגרמו מיידית להפסקת זכאותי להחזר ו/או שיפוי הוצאות טיפול שיניים במסגרת פוליסה זו.

ויתור על סודיות רפואית

הנני מוותר/ת בשמי ובשם ילדי, כאוטורפוס טבעי שלהם ובשם בן/בת זוגי כשלוש שלוה, על הסודיות הרפואית ומייפה את כוחה של "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" לקבל בשמי ובשם ילדי כל מידע רפואי מכל רופא וכל מוסד רפואי לרבות בתי חולים ו/או קופות חולים ו/או ביטוח לאומי ו/או מי מטעמם ו/או משרד הבטחון ו/או כל עובד בתחום הסוציאלי או הסייעודי (להלן המוסדות הרפואיים). הנני משחרר/ת את הרופאים והמוסדות הרפואיים מחובת השמירה על הסודיות הרפואית ולא תהייה לי כל טענות בקשר למסירת המידע.

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 הצטרפות לביטוח ולמשך כל תקופת הביטוח, בכפוף לתנאי הפוליסה. בנספח לטופס ההצטרפות הריני מפקיד בידי המבוטח "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" שטר בטחון להבטחת תשלום הפרמיות לכל תקופת הביטוח. אני נותן בזאת ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" או למי מטעמה הרשאה בלתי חוזרת להשלים כל פרט שחסר בשטר וכן אני פוטר את הפניקס מהצגת השטר לפרעון וממשלוח הודעות חילול.

תאריך	שם ומשפחה	חתימה <input checked="" type="checkbox"/>
-------	-----------	---

שטר בטחון לא סחיר

ביום _____ בחודש _____ שנה _____ אני מתחייב לשלם נגד שטר זה ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "הפניקס") סך* _____ שקלים חדשים (במלים) _____

מקום התשלום: הפניקס חברה לביטוח בע"מ - דרך השלום 53 גבעתיים 53454

שם	מס' ת.ז.	רחוב	מספר	עיר	חתימת עושה השטר <input checked="" type="checkbox"/>
----	----------	------	------	-----	---

* סכום השטר יהיה בגובה סך כל הפרמיות המגיעות לכל תקופת הביטוח.

ניתן להחזיר את טפסי הצטרפות במעטפת החזר המצ"ב לנוחיותכם.

תשלום באמצעות כרטיס אשראי			
	ס"ב	ת.ד.	
שם מלא	תוקף הכרטיס	מספר כרטיס	
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת בעל הכרטיס		

הסדר קבע לתשלום פרמיות באמצעות הוראה לחיוב חשבון	
תנאי הסדר התשלומים	
1.	בכל חודש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה, תמשוך "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן "החברה") את סכום הפרמיה (דמי הביטוח) הנקוב בפוליסה ובתוספותיה בהתאם להסדר התשלומים, פעולת חיוב סכום זה בחשבונך תשמש כאישור תשלום הפרמיה.
2.	אפשרות לשלם פרמיות בהתאם לאמור לעיל מותנה בהסכמת הבנק לפעול לפי הסדר זה.
3.	ההוראה לחיוב חשבון ניתנת לביטול אם משיכה כלשהיא לא תכובד בעת המצאת הודעת החברה לבנק, כמו כן, ניתנת לבעל/י החשבון האפשרות לבטל השתתפותו בהסדר הנ"ל ע"י מסירת הודעה בכתב לבנק ולחברה מראש.
4.	החברה מתחייבת למשוך אך ורק סכומים שאינם גבוהים מסכומי הפרמיות המגיעות לה והמיועדות לתשלום, בהתאם לתנאי הפוליסה ותוספותיה שעבורן מבקש בעל החשבון הפעלת הסדר תשלום.

הרשאה לחיוב חשבון			
לכבוד			
	ס"ב	ת.ד.	
קוד בנק	קוד סניף	סוג חשבון	מספר החשבון בבנק
			1 1 5 קוד מוסד
			אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)
סניף	בנק		
			כתובת הסניף
1.	שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק		א/ו הח"מ
	מספר	עיר	מיקוד
<p>נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבונו/נו הנ"ל בסניפכם בגין פרמיות ביטוח הוצאות רפואיים/אלמנטרי בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או ברשימות על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".</p>			
2.	<p>יודע/ל לנו כי:</p> <p>א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" שתכנס לתוקף, יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.</p> <p>ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.</p> <p>ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מ-90 ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.</p>		
3.	יודע/ל לנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/לנו להסדיר עם "הפניקס חברה לביטוח בע"מ".		
4.	יודע/ל לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תשלח ל/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.		
5.	הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.		
6.	הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע ל/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.		
7.	בא לשאר ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ", בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.		
פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו ייקבעו על-ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" על-פי תנאי הפוליסה/ות ותוספותיה/הן.			
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת בעל החשבון		תאריך

אישור הבנק			
לכבוד			
הפניקס חברה לביטוח בע"מ			
ת.ד. 25333 תל-אביב 61253			
	ס"ב	ת.ד.	
קוד בנק	קוד סניף	סוג חשבון	מספר החשבון בבנק
			1 1 5 קוד מוסד
			אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)
<p>קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נו בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.</p>			
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה וחותמת הבנק והסניף	מספר הסניף	שם הבנק
תאריך			