

טופס הצטרפות לביטוח רפואת שיניים קבוצתי - בנק ישראל עובדים, גמלאים ובני משפחה (מבוטחים המסובסדים ע"י הבנק)

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים כאחד.

טופס זה מיועד:

- עובדים חדשים ובני משפחותיהם המסובסדים ע"י הבנק (בני זוג וילדים מגיל 3-25), המצטרפים לביטוח השיניים תוך 90 יום ממועד תחילת עבודתו של העובד בבנק.
- בן/בת זוג חדש/ה - הצטרפות לביטוח השיניים תוך 90 יום מתאריך הנישואין.
- עובדים קיימים ובני משפחותיהם המסובסדים ע"י הבנק (בני זוג וילדים מגיל 3-25), שלא היו מבוטחים בביטוח השיניים הקודם, ומצטרפים לביטוח השיניים תוך 90 יום ממועד תחילת הביטוח

יש להעביר את הטופס לחברת ביטוח איילון: לדוא"ל Mailh@ayalon-ins.co.il, טלפון: 072-2227654, פקס: 03-7569586, ולרפרנט הביטוחים של בנק ישראל.

פרטי המועמד הראשי לביטוח					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מספר טלפון נייד
☐ עובד ☐ גמלאי				☐ ז ☐ נ	
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	טלפון בעבודה	
כתובת דוא"ל					Email: @
אני עובד / גמלאי בנק ישראל המבקש להצטרף ו/או לצרף את בני משפחתי (בן/בת זוג וילדים בגיל 3-25) לביטוח הוצאות רפואי שיניים קבוצתי לעובדי בנק ישראל ובני משפחותיהם באמצעות "איילון חברה לביטוח בע"מ" עד 31.03.2025.					
תנאי הצטרפות מפורטים בסעיף 3 לפוליסה. הצטרפות ילדים מעל גיל 25, חתנים, כלות ונכדי עובדים, נעשית בנפרד על גבי טופס גבייה אישית.					

פרטי המועמדים לביטוח					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	עובד/ת, גמלאי/ת
				☐ ז ☐ נ	
				☐ ז ☐ נ	בן/בת זוג
				☐ ז ☐ נ	ילד/ה 1 (גיל 3-25)
				☐ ז ☐ נ	ילד/ה 2 (גיל 3-25)
				☐ ז ☐ נ	ילד/ה 3 (גיל 3-25)
				☐ ז ☐ נ	ילד/ה 4 (גיל 3-25)

תנאי הביטוח		דמי הביטוח לחודש (פרמיות)	
כל אחד מהמקרים הבאים יגיע הביטוח לסיומו, הן לגבי המבוטח שהינו עובד והן לגבי בני משפחתו - יובהר כי תנאי ביטול הפוליסה ע"י מבוטח מפורטים בהרחבה בדפי הגילוי הנאות ובסעיף 4 "הצטרפות לביטוח התחלתו והפסקתו", בחוברת הפוליסה. 1. סיום יחסי עובד - מעביד בין המבוטח לבין בעל הפוליסה. 2. ביטול בן/בת זוג של עובד/ת שנישואיו הגיעו לקיצם בגירושין או בשל פרידה מידוע/ה בציבור. 3. נפטר מבוטח שהוא עובד/ת או גמלאי/ת הבנק (ימשיכו האלמנה/ה ויתומיו להיות מבוטחים, אם ירצו בכך). 4. ביטול הפוליסה לפי סעיף 4.2 בפוליסה.	כיסוי הביטוח	פרמיה	מבוטח
	משקם מורחב - טיפולים משמרים - טיפולים משקמים, כירורגיים השתלות - טיפולים פריודנטליים ילדים - טיפולים משמרים + אורטודנטיים (יישור שיניים) *ילד שלישי ואילך (בגיל 3-25) - חינם	91 ש"ח	עובד/ת, גמלאי/ת
		91 ש"ח	בן/בת זוג
	37 ש"ח	ילד (גיל 3-25)	

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

הוראה לניכוי דמי הביטוח מתלוש השכר				
אני נותן בזאת הוראה לבנק ישראל לנכות ממשכורת יומי חודש את חלקי בפרמיה בשיעור 20% בגין ביטוח שיניים שלי ושל בני משפחתי ששם רשום לעיל, הוראה זו תישאר בתוקף כל עוד לא ניתנה הוראת ביטול בכתב על ידי ובכפוף לתנאי הפוליסה.				
תאריך	מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	חתימה
				