

תכנית ביטוח השיניים הקבוצתית של בנק ישראל אשר ניתנה כהטבה לעובדים / גמלאים ובני משפחותיהם, נבנתה במיוחד עבורכם ומבטיחה כיסוי מקיף למקרים רפואיים של שיניים, הדורשים הוצאה כספית גבוהה שיעמדו לרשותכם ברמה היומיומית. אנו מוצאים לנכון להפנות את תשומת לבך לחשיבות ביטוח זה ובמידה והיך מעוניין לגרוע את עצמך או את בני משפחתך מהביטוח, אנא חתום על טופס זה והעבר אותו לרפרנט הביטוחים של בנק ישראל ולחברת איילון:

בפקס: 03-7569586, במייל: Mailh@ayalon-ins.co.il

פרטי העובד / גמלאי המבקש להיגרע ו/או לגרוע בני משפחה מביטוח שיניים קבוצתי - בנק ישראל						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מספר טלפון נייד	עובד / גמלאי
				נ □ ז □		
כתובת מגורים	רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	טלפון בעבודה	כתובת דוא"ל
Email: @						

בקשת העובד / גמלאי בביטוח שיניים - בנק ישראל
לתשומת ליבכם - עובד/גמלאי הגורע את עצמו מהביטוח גורע גם באופן אוטומטי את כל בני משפחתו הכלולים בביטוח.
☐ אני מבקש לגרוע את עצמי מהביטוח.
☐ אני מבקש לגרוע מהביטוח את בן/בת זוגי ואת כל ילדי* שפרטיהם רשומים מטה.
☐ אני מבקש לגרוע את בן/בת זוגי שפרטיו/ה רשומים מטה
☐ אני מבקש לגרוע את כל ילדי* שפרטיהם רשומים מטה
* ילד - לא ניתן לבטל רק חלק מהילדים בגיל 3-25, או שכולם מבוטחים או שכולם מבוטלים.

פרטי בני המשפחה שאני מבקש לגרוע מביטוח רפואת השיניים					
קרבה משפחתית למבוטח ראשי	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
					נ □ ז □
					נ □ ז □
					נ □ ז □
					נ □ ז □
					נ □ ז □

הצהרת המבוטח				
ידוע לי שאני ו/או בני משפחתי, לא נהיה זכאים לכיסוי ביטוחי הניתן במסגרת הביטוח ולא יהיה לנו ו/או למי מטעמנו כל טענה ו/או תביעה כנגד המעביד ו/או כנגד איילון חברה לביטוח (להלן: "החברה") ו/או מי מטעמם בקשר לביטוח ו/או לאי צרופנו לביטוח ו/או לכיסוי הביטוחי ו/או למסמך זה. ידוע לנו שגריעה מהביטוח לא תאפשר להיות מבוטחים שוב בביטוח זה עד תום תקופת הביטוח.				
תאריך	מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	חתימה