

תכנית ביטוח הבריאות הקבוצתית של בנק ישראל אשר ניתנה כהטבה לעובדים / גמלאים ובני משפחותיהם, נבנתה במיוחד עבורכם ומבטיחה כיסוי מקיף למקרים רפואיים קשים הדורשים הוצאה כספית גבוהה והן כיסוי לשירותים רפואיים מתקדמים, שיעמדו לרשותכם ברמה היומיומית.

אנו מוצאים לנכון להפנות את תשומת לבך לחשיבות הביטוח הרפואי ובמידה והינך מעוניין לגרוע את עצמך או את בני משפחתך מהביטוח, אנא חתום על טופס זה והעבר אותו לפרנטי 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 הבריאות הקבוצתי - בנק ישראל						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מספר טלפון נייד	
				☐ ז ☐ נ		עובד / גמלאי
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	טלפון בעבודה		כתובת מגורים
Email: @						כתובת דוא"ל

בקשת העובד / גמלאי לגריעה מביטוח בריאות קבוצתי - בנק ישראל
לתשומת ליבכם - עובד/גמלאי הגורע את עצמו מהביטוח גורע גם באופן אוטומטי את כל בני משפחתו הכלולים בביטוח. נא סמן X במקום המתאים: ☐ אני מבקש לגרוע את עצמי מהביטוח. ☐ אני מבקש לגרוע את בן/בת זוגי מהביטוח, שפרטיה רשומים מטה. ☐ אני מבקש לגרוע את ילדי עד גיל 25 מהביטוח, שפרטיהם רשומים מטה.

פרטי בני המשפחה שאני מבקש לגרוע מהביטוח					
קרבה משפחתית למבוטח ראשי	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
					☐ ז ☐ נ
					☐ ז ☐ נ
					☐ ז ☐ נ
					☐ ז ☐ נ
					☐ ז ☐ נ

הצהרת המבוטח				
אני מצהיר/ה כי תנאי הגריעה הוסברו לי וכי לא יהיו לי ו/או לבני משפחתי, תביעות ו/או דרישות כלשהן כנגד איילון חברה לביטוח (להלן: "החברה") ו/או לבנק ישראל במישרין או בעקיפין, בגין גריעה שלי ו/או בני משפחתי מביטוח הבריאות הנ"ל. ידוע לי כי אם אבקש להצטרף לביטוח ו/או לצרף את בני משפחתי לביטוח, יהיה הדבר כרוך במילוי הצהרות בריאות ובחיתום.				
תאריך	מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	חתימה
				