

## דקלה בטביל הבריאות

רח' יבנה 23, ת.ד. 37498 תל-אביב 61374  
 טל. 03-5644844 פקס. 03-7548084  
 כתובתנו באינטרנט: www.dikla.co.il

- ◆ עובד/ת נכבד/ת
- ◆ מלא את בקשת ההצטרפות ואת ההתחייבות הכספית וחתום במקום המסומן לחתימה.
- ◆ את טופס הבקשה להצטרפות ניתן למסור לאגף משאבי אנוש ומדור שכר במפעלים או למועצת העובדים.
- ◆ לאחר גמר תהליך הרישום תשלח אליך תעודת ביטוח.

## בקשה להצטרפות לביטוח רפואת שיניים לעובד/ת ולבני משפחתו/ה

רוטם אמפרט נגב בע"מ  
 ROTEM AMFERT NEGEV LTD.

פרוטסי מורחב



מס' עובד

1. הנני מבקש להצטרף לביטוח שיניים. להלן פרטיי:

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה		
			שנה	חודש	יום

שם הרחוב	מס' הבית	שם הישוב	מיקוד	מס' טלפון בית:
				עבודה:

שם הבנק	שם הסניף	קוד הסניף	מס' חשבון

\* פרטי הבנק הינם אך ורק לצורך זירוז תשלום תביעות ישירות למבוטח

2. כמו כן הנני מעוניין לצרף את בן/ בת הזוג עפ"י הפרטים להלן:

מס' זהות	שם משפחה ושם פרטי	תאריך לידה		
		שנה	חודש	יום

3. הנני מעוניין לצרף את ילדיי עפ"י הפרטים הבאים:

מס'	מס' זהות	שם משפחה ושם פרטי	תאריך לידה		
			שנה	חודש	יום
1					
2					
3					
4					
5					
6					

בקשתי הנ"ל מהווה גם התחייבות כספית לנכות ממשכרתי מידי חודש בחודשו תשלומים רצופים לפי התעריף, התקופה והתנאים כפי שנקבעו בין דקלה חברה לביטוח בע"מ לבין רוטם אמפרט נגב בע"מ.

התחייבות זאת אינה ניתנת לביטול היות ותלויות בה זכויות צד ג'.  
 ידוע לי כי ביום הפסקת עבודתי אצל בעל הפוליסה יופסקו התשלומים ויפקעו זכויותי לקבל טיפולים עפ"י הביטוח.  
 הנני נותן בזאת למדור שכר הוראה בלתי חוזרת לנכות ממשכרתי מידי חודש בחודשו הסכום המתחייב מהצטרפותי ובעבור הצטרפות בני משפחתי לביטוח כמפורט לעיל.

חתימת העובד/ת:

תאריך: