

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

תוכנית: "שנהב" - "פרוטטי מורחב"

עובד/ת נכבד/ה,

- מלא/י את בקשת ההצטרפות ואת ההתחייבות הכספית וחתום/י במקום המסומן לחתימה.
- את טופס הבקשה להצטרפות יש למסור למחלקת פרט ובקרה במשאבי אנוש בסדום או במחלקת תעסוקה במשרדים בבאר שבע.
- לאחר גמר תהליך הרישום תשלח אליך תעודת מבטוח/ת.

הצטרפות פנימי מהמשכורת

מס' עובד/ת: _____

1. הנני מבקש/ת להצטרף לתוכנית ביטוח השיניים פרוטטי מורחב. להלן הפרטים:

מין	תאריך לידה			שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות
	יום	חודש	שנה			
נ / ז						

כתובת:	שם רחוב	מס' הבית	שם הישוב	מיקוד
טל. נייד:	טל. בית:	טל. עבודה:		
דואר אלקטרוני:				e-mail:

שם הבנק	שם הסניף	קוד הסניף	מספר חשבון

* פרטי הבנק הינם אך ורק לצורך זירוז תשלום תביעות ישירות למבטוח.

2. הנני מעוניין/ת לצרף את בן/בת הזוג לתוכנית ביטוח השיניים פרוטטי מורחב. להלן הפרטים:

מין	תאריך לידה			שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות
	יום	חודש	שנה			
נ / ז						

3. הנני מעוניין/ת לצרף את הילד/ה מגיל 5-23 לתוכנית ביטוח השיניים משומר ואורטודונטי ואת הילד/ה מעל גיל 23 לתוכנית ביטוח השיניים: משומר פרוטטי מורחב. (סמן ב-X את התוכנית המבוקשת)

מין	תאריך לידה			שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות	
	יום	חודש	שנה				
נ / ז							1
נ / ז							2
נ / ז							3
נ / ז							4
נ / ז							5

- ילד/ה רביעי/ת ואילך חינם.
- חובה למלא את פרטי כל ילד/ה שמבקש/ת להצטרף לתוכנית ביטוח השיניים גם אם אין צורך בתשלום פרמיה בעבורו/ה.

התחייבות כספית - הוראה לניכוי מהשכר:

בקשתי הנ"ל מהווה גם התחייבות כספית לגבות ממשכורתי מידי חודש בחודשו תשלומים חודשיים רצופים לפי התעריף, התקופה והתנאים כפי שנקבעו בהסכם ביטוח השיניים בין דקלה חברה לביטוח בע"מ לבין מפעלי ים המלח בע"מ.

התחייבות זו 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 תוכנית ביטוח הוצאות רפואת השיניים "שנהב".

הנני נותן בזאת למדוד שכר הוראה בלתי חוזרת לנכות ממשכורתי מידי חודש בחודשו את הסכום המתחייב מהצטרפותי ובעבור הצטרפות בני משפחתי לתוכנית ביטוח הוצאות רפואת השיניים - "שנהב", כמפורט בפוליסה ובנספחי ההבדורות.

חתימת העובד/ת: X

שם ומשפחה:

תאריך: