

סופס הצטרפות לביטוח תאונות אישיות קבוצתי לעובדי עיריית תל - אביב-יפו והמרכז הרפואי ובני/בנות זוגם - ללא הצהרת בריאות

סופס זה מיועד למצטרפים חדשים שהינם חברי ארגון עובדי עיריית תל אביב-יפו ובני/בנות זוגם -

- פרמיה חודשית למבוטח עבור מסלול א' - 40 ₪ לחודש (480 ₪ לשנה)
- פרמיה חודשית למבוטח עבור מסלול ב' - 80 ₪ לחודש (960 ₪ לשנה)

מספר עובד - _____

מסלול ביטוח המבוקש	מצב משפחתי		מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מס' ת.ז.	מבוטח ראשי (חבר הארגון)		
	מסלול א	מסלול ב								
			1/2	/ /						
			1/2	/ /				בן/בת זוג		
מיקוד		ישוב			מס' בית		רחוב			
טלפון נייד				טלפון בעבודה			טלפון בבית			
@										
כתובת דואר אלקטרוני (שדה חובה)										
<p>הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומי כשמשמעותו בחוק התקשורת (בזק ושירותים), התשמ"ב - 1982. ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני:</p> <p>נא סמן: <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p>										
← הצהרת המבוטח הראשי										
<p>1. הגנת הפרטיות ומאגרי מידע: הנני מצהיר/ה כי המידע הכלול בהצהרה זו וכן מידע שיימסר על ידי בעתיד לחברת הביטוח ו/או מי מטעמה נמסר מרצוני החופשי ובהסכמה מלאה ולא מתוך חובה חוקית כלשהי. כמו כן, ידוע לי ואני מסכים/ה כי המידע האמור אודותיי וכן כל מידע שייצבר אודותיי בעתיד בגין הקשור לפוליסה יישמר במאגרי המידע של חברת הביטוח כנהוג אצלה, אשר תעשה במידע שימוש לצרכיה לרבות, הפקת פוליסת ביטוח, טיפול בכל העניינים הנלווים מהפקת הפוליסה והקשורים אליה וטיפול בתביעות. ידוע לי כי המידע יימסר לצדדים שלישיים לשם אחסון ועיבוד המידע, לצורך טיפול בתביעות ומשלוח דיוורים בקשר עם תוכנית הביטוח והכל בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981</p> <p>2. צירוף בן/ת זוג: אני החתום/ה מטה מבקש/ת לצרף את בן/ת זוג לביטוח תאונות אישיות קבוצתי של ארגון עובדי עיריית תל אביב-יפו.</p> <p>3. ידוע לי כי הצטרפות למסלול א' או ב' מעל לגיל 60 לא תכלול כיסוי עבור פיצוי חד פעמי בגין גילוי מחלות תרדמת, עיוורון בשתי עיניים, טרשת נפוצה, שבץ מוחי, התקף לב חריף, סרטן.</p> <p>4. הוראה לניכוי דמי הביטוח מהמשכורת עבור העובד ובן/בת הזוג - הריני נותן/ת בזאת הוראה לעיריית ת"א לנכות ממשכורתי את הפרמיות בגין ביטוח תאונות אישיות קבוצתי מיד חודש ולשלם להפניקס חברה לביטוח בע"מ. הוראה זו תישאר בתוקף כל עוד לא ניתנה הוראת ביטול בכתב ע"י ובכפוף לתנאי הפוליסה וסייגיה.</p>										

← תאריך תחילת הביטוח

תחילת הביטוח תהא לפי המאוחר מבין המועדים הבאים: קיבול ההצעה לביטוח על ידי המבטח .

← מינוי מוטבים למקרה מוות

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מין	קירבה	% חלקים
			1/2		
			1/2		

מבוטח ראשי (חבר הארגון)	מס' ת.ז.	תאריך	חתימה
		/ /	

את הטופס יש להעביר לשי רוטנר טלפון: 03-5688825, פקס: 03-5480887