

טופס שינוי מסלול לביטוח תאונות אישיות קבוצתי לעובדי עיריית תל אביב-יפו והמרכז הרפואי ובני/בנות זוגם – ללא הצהרת בריאות

טופס זה מיועד לעובדים ובני/בנות זוגם קיימים שהינם חברי ארגון עובדי עיריית תל אביב-יפו -

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

מספר עובד- _____

מסלול ביטוח החדש המבוקש		מצב משפחתי	מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר הזהות	מבוטח ראשי (חבר הארגון)	
מסלול א	מסלול ב								
		א ו ג ו ס ר ו	נ/ז						
								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 שצינתי 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:</p> <p>כן <input type="radio"/></p> <p>לא <input type="radio"/></p>									

← הצהרות המבוטח הראשי

1. שינוי מסלול ביטוח בעבור בן/בת זוג: אני החתום/ה מטה מבקש/ת לשנות מסלול עבור בן/בת זוג לביטוח תאונות אישיות הקבוצתי של ארגון עובדי עיריית תל אביב-יפו.
2. ידוע לי כי במעבר ממסלול ב' למסלול א' סכומי הכיסוי פוחתים ב- 50%.
3. ידוע לי כי שינוי למסלול א' או ב' מעל לגיל 60 לא יכלול הגדלת הכיסוי עבור פיצוי חד פעמי בגין גילוי מחלות תרדמת, עיוורון בשתי עיניים, טרשת נפוצה, שבץ מוחי, התקף לב חריף, סרטן.
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 מידי חודש ולשלם להפניקס חברה לביטוח בע"מ. הוראה זו תישאר בתוקף כל עוד לא ניתנה הוראת ביטול בכתב ע"י ובכפוף לתנאי הפוליסה וסייגיה.

← תאריך תחילת מסלול הביטוח

תחילת מסלול הביטוח תהא החל מה-1 לחודש שבמהלכו התקבל טופס זה אצל המבטח.

מבוטח ראשי (חבר הארגון)	מס' תעודת זהות	תאריך	חתימה

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