

בקשה לשלילת זכאות להצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי חברת החשמל ובני משפחותיהם

תוכנית ביטוח הבריאות הקבוצתית לעובדי חברת החשמל נערכה במיוחד עבורכם ועבור בני משפחותיכם על מנת לאפשר כיסוי ביטוחי למקרים רפואיים קשים ומורכבים, לצד כיסויים ושירותים רפואיים נוספים ללא תלות במערכת הציבורית.

אנו מוצאים לנכון להפנות את תשומת ליבך לחשיבות ההצטרפות לביטוח הרפואי ובמידה ועדיין אינך מעוניין להצטרף ו/או לצרף את בני משפחתך, אנא חתום על טופס זה והעבר אותו לאגף משאבי אנוש. לידיעתך במידה ותהיה מעוניין להצטרף לפוליסת הביטוח לאחר מכן, ההצטרפות כפופה למילוי טופס הכולל הצהרת בריאות, חיתום ואישור חברת הביטוח.

שלילת זכאות להצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי

אני החתום מטה, מבקש בזאת לוותר על זכותי להצטרף לפוליסה הקבוצתית של עובדי חברת החשמל ובני משפחותיהם בחברת הפניקס.

אני מצהיר/ה כי לא יהיו דרישות כלשהן כנגד חברת חשמל ו/או אגודה לעזרה הדדית בין עובדי חברת החשמל ו/או להפניקס חברה לביטוח בע"מ, בגין אי הצטרפותי לביטוח הבריאות הנ"ל.

ידוע לי כי אם אבקש בעתיד להצטרף לביטוח ו/או לצרף את בני משפחתי לביטוח, יהיה הדבר כרוך במילוי טופס הכולל הצהרת בריאות, חיתום ואישור חברת הביטוח.

תאריך	מס. ת.ז.	שם העובד/ת	חתימה
-------	----------	------------	-------

את הטופס המלא והחתום יש להעביר להפניקס חברה לביטוח למייל: briutkolektiv@fnx.co.il בציון ת.ז. ושם מלא