



טופס גריעה מביטוח בריאות קבוצתי חברת חשמל ובני משפחתם – למשלמים מהשכר

הרכב תכנית הביטוח הקבוצתית

תכנית ביטוח הבריאות בה הינך מבוטח, נבנתה במיוחד עבור עובדי החברה ובני משפחתם על מנת להבטיח כיסוי מקיף, בין השאר למקרים רפואיים קשים ומורכבים, הדורשים הוצאה כספית גבוהה וכיסוי לשירותים רפואיים מתקדמים שיעמדו לרשותכם ברמה היומיומית ואשר יבטיחו לך רשת הגנה, בקרות אירוע רפואי.

אנו מוצאים לנכון להפנות את תשומת לבך לחשיבות הביטוח הרפואי ובמידה וברצונך לגרוע את עצמך ואת בני משפחתך* או את מי מבני משפחתך מהביטוח, אנא מלא את הפרטים כמפורט וחתום על טופס זה והעבר אותו למחלקת בריאות קולקטיבים – באמצעות מייל: Bk@fnx.co.il או פקס: 03-7336948. יובהר ויודגש כי בעת גריעת העובד/ת מהביטוח כל בני המשפחה של העובד/ת יגרעו גם מהביטוח.

בקשת גריעה מביטוח בריאות קבוצתי חברת חשמל ובני משפחתם

אני/ו החתום/ים מטה מבוטח/ים בפוליסה של ביטוח בריאות קבוצתית לעובדי חברת חשמל, מבקש/ים בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ לגרוע את עצמי ואת בני משפחתי ו/או מי מבני משפחתי מהביטוח.

נא סמן X במקום הנכון:

מבקש/ת לגרוע את עצמי מהביטוח ואת בני משפחתי (יובהר ויודגש כי בעת גריעת העובד/ת מהביטוח כל בני המשפחה של העובד/ת יגרעו גם מהביטוח):

שם מבוטח ראשי _____ ת.ז. _____
 מבקש/ת לגרוע את בן/בת זוגי מהביטוח: שם _____ ת.ז. _____
 מבקש/ת לגרוע את ילדיי מהביטוח:

_____ ת.ז. _____ שם הילד: _____

_____ ת.ז. _____ שם הילד: _____

_____ ת.ז. _____ שם הילד: _____

_____ ת.ז. _____ שם הילד: _____

_____ ת.ז. _____ שם הילד: _____

אחר _____

אני מצהיר/ה כי תנאי הצירוף והגריעה הוסברו לי וכי לא יהיו לי ו/או לבני משפחתי תביעות ו/או דרישות כלשהן כנגד הפניקס חברה לביטוח בע"מ, בגין גריעה ו/או צירוף שלי ו/או בני משפחתי לביטוח הבריאות הנ"ל.

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

חתימות	שם מועמד הראשי	ת.ז.	תאריך	חתימה	X
	שם בן/בת זוג	ת.ז.	תאריך	חתימה	X
	שם ילד בגיר	ת.ז.	תאריך	חתימה	X
	שם ילד בגיר	ת.ז.	תאריך	חתימה	X
	שם ילד בגיר	ת.ז.	תאריך	חתימה	X

** בכל מקום שמצוין בטופס זה המילה עובד כאשר מדובר בגריעה של גמלאי/שאייר ובני משפחתו יש להתייחס כאילו רשום גמלאי/שאייר ובני משפחתו.

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