טופס גריעה מביטוח בריאות קבוצתי לחברי הסגל האקדמי הבכיר ובני משפחתם

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 או את בני משפחתך מהביטוח, אנא מלא את הפרטים כמפורט וחתום על טופס זה והעבר אותו למחלקת בריאות קולקטיבים – **באמצעות: מייל: Bk@fnx.co.il**

בקשת גריעה מביטוח בריאות הקבוצתי -

אני/ו החתום/ים מטה מבוטח/ים בפוליסה של ביטוח בריאות קבוצתית **לחברי הסגל האקדמי הבכיר** מבקש/ים בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ לגרוע את עצמי ו/או בני משפחתי מהביטוח.

נא סמן X במקום הנכון:

- ○ מבקש/ת לגרוע את עצמי מהביטוח (יובהר ויודגש כי בעת גריעת העובד/ת מהביטוח כל בני המשפחה של העובד/ת יגרעו גם מהביטוח)
- ○ מבקש/ת לגרוע את בן/בת זוגי מהביטוח.
- ○ 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, יהיה הדבר כרוך במילוי הצהרות בריאות ובחיתום.

			X
תאריך	**שם מועמד ראשי(עובד\ת)**	**ת.ז**	**חתימה**
			X
תאריך	**שם מועמד לביטוח בגיר שני**	**ת.ז**	**חתימה**
			X
תאריך	**שם מועמד לביטוח בגיר שלישי**	**ת.ז**	**חתימה**
			X
תאריך	**שם מועמד לביטוח בגיר רביעי**	**ת.ז**	**חתימה**
			X