

**הצעה לתכנית "שיניים בריאות" תכנית לביטוח הוצאות רפואת השן במסגרת פוליסה קולקטיב - דן חברה לתחבורה ציבורית בע"מ**

פרטי בעל הפוליסה			
שם החבר/העובד		מס' חבר/עובד	
ת.ז.		ת.ז.	
רחוב	ישוב	מיקוד	טלפון

הנני בעל הפוליסה, מבקש לצרף לתוכנית "שיניים בריאות" במסגרת פוליסה קולקטיב - דן לתחבורה ציבורית בע"מ, את בני משפחתי המפורטים מטה להלן המבוטחים ב:

שם המבוטח	מס' זהות	שנה	חודש	יום
בן/בת זוג				
ילד				
ילד				
ילד				
ילד				

(להלן - כל אחד בנפרד - "המבוטח"), לתקופה שתמשך 72 חודש ותחל ב- \_\_\_\_\_ בתוכנית "שיניים בריאות".  
להלן התכנית:-

המבוטח ובעל הפוליסה מסכימים, כי כל מבוטח עפ"י פוליסה זו יקבל שירותי רפואת שיניים אצל רופא שיניים לפי בחירתו. הביטוח הינו ל-72 חודש. בתקופה זו יהנה "המבוטח" מטיפול שיניים אצל רופא תוך המשכיות, מעקב, תכנית טיפולים נכונה, תכנית לרפואה מונעת וכיו"ב. התנאים הכלליים המחוייבים כמפורט בפוליסה **קולקטיב דן חברה לתחבורה ציבורית בע"מ** כמו כן ידוע לי כי לילדים מגיל 5-21 ניתן ביטוח שיניים "משמר" בלבד.

והואיל וה"מבטח" מסכים לכך:

מתחייב זה המבוטח ו/או בעל הפוליסה לשלם דמי הביטוח החדשיים, למשך כל תקופת הביטוח - באמצעות הוראת קבע לבנק - עפ"י התעריף - שיהיה בתוקף במועד תחילת הביטוח. דמי הביטוח צמודים מדי חודש למדד המחירים לצרכן. ידוע למבוטח שעל סמך הוראת הקבע לתשלום דמי הביטוח (כנ"ל) הכין "המבטח" התשתית הראויה לביטוח. היה והבנק חדל מלכבד את הוראת המבוטח לתשלון דמי הביטוח:-

זכאי המבטח ננקוט בכל האמצעים העומדים לרשותו לגבות את דמי הביטוח בכל דרך שימצא לנכון.

המבוטח ו/או בעל הפוליסה מסכים ומצהיר בזאת - לאחר שקרא בעיון והבין, כי ידוע לו שפוליסה זו אינה ניתנת לביטול ותנאי יסודי לקיום הביטוח הינו תשלום דמי הביטוח במלואם ובמועדם והמבוטח ו/או בעל הפוליסה מתחייב בזאת שלא להפסיקם לפני י תום הביטוח.

**ולראיה באתי על החתום:**

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח (X)

**ייתור על סודיות רפואית:**

הנני מוותר בזאת על סודיות רפואית בגין ובקשר לכל בדיקה, טיפול, אבחנה וממלאים הנוגעים לשיני לרבות מצב רפואי קודם, כלפי איילון חברה לביטוח בע"מ ו/או ההסתדרות לרפואת שיניים בישראל או מי מנציגיהם/עובדיהם. חתימתי על טופס זה מהווה הרשאה לכל רופא שיניים להעביר אליהם כל מידע, חומר רפואי, צילומים וכו, בקשר עם שיני.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח (X)

**תכנית "שיניים בריאות" לביטוח הוצאות רפואת השן**

**הרשאה לחיוב חשבון**

מס' חשבון בנק				מס' חשבון בנק			
7 2 5 1				7 2 5 1			
קוד מוסד				קוד מוסד			
אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה				אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה			

לכבוד \_\_\_\_\_  
בנק \_\_\_\_\_  
סניף \_\_\_\_\_  
כתובת הסניף \_\_\_\_\_

- אני הח"מ \_\_\_\_\_ שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם בגין ביטוח הוצאות רפואת השן בתכנית "שיניים בריאות" בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או ברשימות על-ידי **איילון** חברה לביטוח בע"מ כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".
- ידוע לי/לנו כי:
  - הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיננו בכתב לבנק ו**לאיילון** חברה לביטוח בע"מ שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.
  - אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
  - אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מ-90 ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
- ידוע לי/לנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/לנו להסדיר עם המוטב
- ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תשלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
- הבנק רשאי להוציאני/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- נא לאשר **לאיילון** חברה לביטוח בע"מ, בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

**פרטי ההרשאה:**

סכום החיוב ומועד, יקבעו מעת לעת ע"י **איילון** חברה לביטוח בע"מ על פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל/י החשבון (X)

**אישור הבנק**

מס' חשבון בנק				מס' חשבון בנק			
7 2 5 1				7 2 5 1			
קוד מוסד				קוד מוסד			
אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה				אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה			

לכבוד \_\_\_\_\_  
איילון חברה לביטוח בע"מ  
ת.ד. 10957 רמת-גן  
מיקוד 52008

קבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/נם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען; וכל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבוייתכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_  
חתימה וחומתת הסניף \_\_\_\_\_