

בתוקף מתאריך: 2/7/2023

נוהל המשך חברות בביטוחי בריאות, חיים ושיניים

הנוהל:

תאריך עדכון אחרון: 02/07/2023

אסמכתא: 101221720

מס' הנוהל: 15

- בלמ"ס -

## נוהל המשך חברות בביטוחי בריאות, חיים ושיניים לגמלאים פורשים

### 1. כללי

- 1.1 קרנות הסוהרים מכירה בערך הערבות ההדדית ומאפשרת לעמיתה ולבני משפחתם להצטרף לביטוחי חיים, בריאות ושיניים בתנאים משופרים.
- 1.2 סוהר הפורש לגמלאות רשאי הוא ומשפחתו להמשיך להיות מבוטח בביטוח הקבוצתי כל עוד הוא חבר בקרנות הסוהרים.

### 2. המטרה

- 2.1 מטרת הנוהל לקבוע עקרונות ולהסדיר את הליך המשך ביטוחיו של העמית בביטוחים הקבוצתיים כאמור.

### 3. השיטה

- 3.1 סמוך למועד הפרישה יקבל הסוהר במרכז הפרישה דף נלווה לפורש המכיל שני קבצים:
  - **קובץ ראשון** – חברות בקרנות הסוהרים – זכויות. נספח א'.
  - **קובץ שני** – מסמכי המשך חברות בביטוחים השונים [ביטוח חיים ביטוח בריאות וביטוח שיניים], כתב מינוי מוטבים ותצהיר על אחריות העמית לוודא כי סכומי הביטוח מנוכים משכר הקצבה ו/או כרטיס האשראי. להלן נספח ב.
- 3.2 גמלאי חבר הקרנות המבוטח טרם פרישתו בביטוחי בריאות, חיים ושיניים ימלא סמוך לפרישתו במרכז פרישה טופס בו יצהיר על רצונו או אי רצונו להמשיך להיות חבר בקרנות הסוהרים ובביטוח חיים כמפורט בנספח ב'.
- 3.3 **עמית המבקש לבטל את המשך הביטוח הקבוצתי יפעל כדלקמן:**
  - בקשה לביטול ביטוח חיים קבוצתי עבור העמית ובן/בת הזוג יחתום על טפס כמפורט בנספח ג' להלן נספח ג'.
  - בקשה לבטל את החברות בביטוח רפואי קבוצתי כמפורט בנספח ד' להלן נספח ד'.
  - בקשה לבטל את ביטוח השיניים עבור העמית ובני משפחתו כמפורט בטופס הביטול להלן נספח ה'.
- 3.4 עמית לפני פרישתו יחתום על תצהיר בו מקבל את אחריותו הבלעדית להעברת תשלום דמי חבר לקרנות הסוהרים ותשלומי הביטוח ככל שמתעדכנים לעת לעת וכמפורט בנספח ו' להלן נספח ו'.
- 3.5 הצטרפות העמית להמשך הביטוח מותנה בחברותו בקרנות הסוהרים

בתוקף מתאריך: 2/7/2023

הנהלה: נוהל המשך חברות בביטוחי בריאות, חיים ושיניים

תאריך עדכון אחרון: 02/07/2023

אסמכתא: 101221720

מס' הנהלה: 15

- בלמ"ס -

ובתשלום דמי חבר.

- 3.6. ביטוח בני המשפחה מותנה בהמשך חברות העמית בקרנות הסוהרים והמשך חברותו בביטוחים השונים כמבוטח ראשי.
- 3.7. גמלאי רשאי בכל עת לבקש לצרף מבוטחים חדשים בביטוח הבריאות בהתאם לזכאים וכמפורט בפוליסת הביטוח בכפוף להצהרת בריאות וחיתום רפואי ומותנה בהסכמה ובאישור של חברת הביטוח.

#### 4. הוראת תשלום

- 4.1. תשלום עבור ביטוח בריאות יתבצע עבור עמיתים ותיקים באמצעות תלוש הקצבה ולעמיתים חדשים המשלמים באמצעות כרטיס אשראי ימשך התשלום עפ"י אותו ההסדר הקיים.
- 4.2. תשלום עבור ביטוח חיים יתבצע באמצעות תלוש הקצבה בלבד.
- 4.3. בקשה להמשך הביטוח מותנה בביצוע התשלום באמצעות תלוש הקצבה או תשלום באמצעות כרטיס אשראי כמפורט בסעיפים 4.1 ו- 4.2. שלעיל.
- 4.4. העברת התשלום חודש בחודשו הינו תנאי הכרחי ויסודי שבלעדיו אין הגמלאי ובני משפחתו זכאים להנות מתנאי הביטוח ויש לראותם כמי שאינו מבוטח.

#### 5. מעקב אחר ביצוע התשלום

- 5.1. באחריות הגמלאי לבצע מעקב אחר ביצוע ניכוי החיוב של תשלומי ביטוחי בריאות, חיים והשיניים בתלוש הקצבה ו/כרטיס האשראי בשלושת החודשים האחרונים הסמוכים למועד הפרשיה.
- 5.2. במידה ואין הניכוי כאמור יש לדווח מיידית למשרדי הקרנות ו/או למוקד השירות בחברת הביטוח [הראל – ביטוח חיים ובריאות והפניקס – ביטוח שיניים].

#### 6. לפרטים אודות הביטוח יש לפנות

- ביטוח רפואי קבוצתי - חברת הביטוח "הראל".  
מוקד שירות: 03-9208073 – 1-800-44-50-00
- ביטוח חיים קבוצתי – חברת הביטוח "הראל".  
מוקד שירות: 03-9208073.
- מוקד שרות קרנות הסוהרים: 074-7830932

בתוקף מתאריך: 2/7/2023

הנוהל: נוהל המשך חברות בביטוחי בריאות, חיים ושיניים

תאריך עדכון אחרון: 02/07/2023

אסמכתא: 101221720

מס' הנוהל: 15

- בלמ"ס -

נספח א'

## חברות בקרנות הסוהרים – זכויות

אנו מברכים אתכם לרגל פרישתכם משירות בתי הסוהר. מעמד הגמלאי בקרנות הסוהרים לא משתנה מבחינת הזכויות.

- חברות בקרנות הסוהרים  
עם הפרישה לגמלאות הנך ממשיך להיות חבר בקרנות הסוהרים וזכאי ליהנות מכל ההטבות בכל התחומים.  
דמי החבר מנוכים מהתלוש. חברות בקרן מס' מוטב: 6-351500.  
מעט לעת אנו שולחים לעמיתים בגמלאות חומר פרסומי הביתה ומומלץ לכם לעקוב גם אחר המתפרסם באתר האינטרנט של הקרנות: [WWW.IPS](http://WWW.IPS) ו**[KRANOT.CO.IL](http://KRANOT.CO.IL)** ובדף הפייסבוק של קרנות הסוהרים.  
כמוכן אנו ממפרסמים הודעות קרנות ע"ג תלוש הקצבה.
- ביטוח חיים – חב' הראל  
בהתאם להסכם הקיים עם חב' ביטוח "הראל", עמית שהיה מבוטח בביטוח חיים, יכול להמשיך להיות מבוטח גם לאחר הפרישה.  
הניכוי לביטוח חיים מתבצע באמצעות התלוש הקצבה.  
לשאלות ובירורים ניתן לפנות לקארין בטלפון 074-7830932 או במייל: [KarinP@ips.gov.il](mailto:KarinP@ips.gov.il)
- ביטוח בריאות - חב' הראל  
בהתאם להסכם הקיים עם חב' הראל, עמית שהיה מבוטח בביטוח בריאות יכול להמשיך להיות מבוטח גם לאחר הפרישה.  
הניכוי של דמי הביטוח מתבצע ע"י גביה של חב' הביטוח הראל. הניכוי מתבצע באמצעות התלוש: מס' מוטב 6-524300 ביטוח הראל. קיימת אפשרות שהחויב ירד באמצעות כרטיס אשראי.  
על העמית לוודא המשך ניכוי דמי ביטוח.  
מוקד חב' הביטוח הראל 03-9208073.  
לשאלות ובירורים ניתן לפנות לקארין בטלפון 074-7830932 או במייל: [KarinP@ips.gov.il](mailto:KarinP@ips.gov.il)

בתוקף מתאריך: 2/7/2023

נוהל המשך חברות בביטוחי בריאות, חיים ושיניים

הנוהל:

תאריך עדכון אחרון: 02/07/2023

אסמכתא: 101221720

מס' הנוהל: 15

- בלמ"ס -

המשך נספח א'

4. ביטוח שיניים  
בהתאם להסכם הקיים עם חברת ביטוח שיניים "הפניקס" עמית פורש רשאי להמשיך להיות מבוטח בביטוח השיניים לאחר הפרישה: הביטוח לאחר הפרישה יהיה זהה לביטוח שהיה במעמד סוהר פעיל. הניכוי מתבצע באמצעות תלוש השכר.  
מס' מוטב 6-351560 ביטוח שיניים. לשאלות ובירורים ניתן לפנות לחברת הביטוח הפניקס בטלפון 1-700-55-00-25 או לסבטלנה בטלפון 074-7830933 או במייל: [svetlanab@ips.gov.il](mailto:svetlanab@ips.gov.il).
5. הלוואות קרנות הסוהרים  
הלוואות קרנות הסוהרים דרך בנק יהב ניתן לקבל ישירות מבנק יהב.
6. שי לחג  
זכאות לקבלת שי לחג פעמיים בשנה- בראש השנה ובפסח.
7. מלגות על תיכונות לילדי העמיתים  
זכאות לקבלת מלגות על תיכונות עבור ילדי העמיתים בכפוף לעמידה בקריטריונים.
8. נופש בארץ ובח"ל לגמלאי קרנות הסוהרים  
קרנות הסוהרים נוהגים בהתאם למגבלות התקציב לקיים פעמיים בשנה נופש בארץ.  
בנוסף, קרנות הסוהרים נוהגת לקיים אחת לשנה נופש גמלאים בחוץ לארץ. גמלאי חבר קרנות זכאי לסבסוד של עד פעמיים בשנה לנופש בארץ ובח"ל בהתאם לבחירתו.
9. טיולי גמלאים  
אחת לשנה אנו מקיימים טיול לגמלאים באמצעות גמלאים למען גמלאים. גמלאי עמית בקרנות זכאי לסבסוד של טיול גמלאים פעם אחת בשנה.
10. מרכז הזמנות  
זכאות לסבסוד כרטיסים למופעים, הצגות ו/או קבלת שוברים במסגרת מרכז ההזמנות.  
לשאלות ובירורים ניתן לפנות למרכז ההזמנות בטלפון: \*6955.
11. ביטוחים רפואיים  
העמית ימשיך להיות זכאי לרפואה דחופה (החזר הוצאות), לביטוח שח"ל ולבדיקות רפואיות אחת לשנה בהתאם לקריטריונים שנקבעו בתקציב.

בתוקף מתאריך: 2/7/2023

הנוהל: נוהל המשך חברות בביטוחי בריאות, חיים ושיניים

תאריך עדכון אחרון: 02/07/2023

אסמכתא: 101221720

מס' הנוהל: 15

- בלמ"ס -

## 12. זכאות למינויים

עמית גמלאי ימשיך להיות זכאי לסבסוד בתאטרון ו/או במועדון כושר בהתאם לקריטריונים הנהוגים ועפ"י רשימת מקומות מאושרת לקבלת הסבסוד.

## 13. סיכום מתן ההטבות

יודגש כי כל ההטבות והזכויות המפורטות לעיל קיימות כיום ומותנות תמיד בתקציב המאושר בכל שנה כך שהם יכולות להשתנות מעת לעת בהתאם לתכניות או התקציב המאושר בכל שנה ומותנות לעיתים במגבלות תקציב של אותה שנה.

## 14. אחריות

האחריות לביצוע הניכויים חלה על הפורש ולכן חובה על כל פורש לעקוב אחר ביצוע הניכויים כדי למנוע הפסקת חברות בקרנות ו/או רצף בביטוחים.

## 15. שינויים

בקשות לשינויים/הפסקת ניכוי דמי חבר, ביטוח חיים וביטוח בריאות יש לפנות לרכזת הביטוחים קארין בטלפון 074-7830932 או במייל:

KarinP@ips.gov.il

## 16. קרן סיוע לגמלאים

במחלקת רווחה קיימת קרן סיוע לגמלאים המעניקה סיוע לגמלאים במצוקה.

את הטפסים למענק ניתן להוריד מאתר קרנות בכתובת קרנות הסוהרים - [WWW.IPS-KRANOT.CO.IL](http://WWW.IPS-KRANOT.CO.IL) תחת הכותרת "טפסים" ו/או להתקשר למחלקת הרווחה של שב"ס בטלפון: 0747830191.

## 17. אתר קרנות הסוהרים: [WWW.IPS-KRANOT.CO.IL](http://WWW.IPS-KRANOT.CO.IL)

## 18. קרנות הסוהרים בפייסבוק

## 19. גמלאים למען גמלאים

במסגרת קרנות הסוהרים ובסיוע שב"ס הוקמה פעילות גמלאים למען גמלאים שמטרתה לסייע לגמלאים בנושאים שונים תוך דגש על רווחתם. הפעילות הינה בפריסה מרחבית כאשר כל מרחב אחראי על הגמלאים המתגוררים באזור. הנך מתבקש לבדוק לאיזה מרחב הנך שייך בהתאם למקום מגוריך וככל שתחפוץ תהא רשאי לפנות אליהם בכל עת לקבלת סיוע ותמיכה ככל הניתן.

בתוקף מתאריך: 2/7/2023

הנוהל: נוהל המשך חברות בביטוחי בריאות, חיים ושיניים

תאריך עדכון אחרון: 02/07/2023

אסמכתא: 101221720

מס' הנוהל: 15

- בלמ"ס -

מרחב	מנהל מרחב	טלפון משרד
צפון	באסם קיזל	074-7830940
דרום	גאולה אליעזר	074-7803965
לכיש	ליזה זגורי	074-7830963
מרכז	רינה לוי	074-7830956
השרון	שמואל קצב	074-7830952
כרמל	נזיה להיאני	074-7830944
חיפה	אורי שפירא	074-7830944
ירושלים	ענת אמיגה	074-7830961
עמקים	שלמה דהן	074-7830943

אנו מאחלים לכם הצלחה בדרככם החדשה ושתמשיכו ליהנות מההטבות הרבות והמגוונות המוצעות לכם ע"י קרנות הסוהרים.

בכבוד רב  
ע"ד אבי וקנין, גונדר (גימ')  
מנכ"ל קרנות הסוהרים

בתוקף מתאריך: 2/7/2023

הנוהל: נוהל המשך חברות בביטוחי בריאות, חיים ושיניים

תאריך עדכון אחרון: 02/07/2023

אסמכתא: 101221720

מס' הנוהל: 15

- בלמ"ס -

נספח ב'

תאריך: \_\_\_\_\_

## קרנות הסוהרים

### המשך חברות בקרנות הסוהרים ובביטוח חיים

מס' ת.ז.	מס' אישי	שם משפחה	שם פרטי	טלפון + נייד	ת. פרישה
<b>כתובת דואר אלקטרוני:</b>					

ידוע לי כי בעת פרישתי לגמלאות, הנני רשאי להמשיך להיות חבר בקרנות הסוהרים ורשאי להמשיך להיות מבוטח בביטוח החיים, כל עוד הנני חבר בקרנות הסוהרים. ידוע לי כי קרנות הסוהרים רשאית להורות על הפסקת ניכוי הביטוח למבוטחים שאינם חברים.

#### 1. חברות בקרנות הסוהרים.

- אני מעוניין/ת להמשיך את החברות בקרנות הסוהרים.  
 אינני מעוניין/ת להמשיך את החברות בקרנות הסוהרים.

× חתימה: \_\_\_\_\_

#### 2. ביטוח חיים.

- אני מבקש/ת להמשיך את הביטוח החיים - יחיד.  
 אני מבקש/ת להמשיך את הביטוח חיים - הזוגי.  
 אני מבקש/ת לבטל את הביטוח החיים היחיד/זוגי.

× חתימה: \_\_\_\_\_

#### 3. באחריות העמית לעקוב ולוודא ניכוי התשלום באמצעות תלוש השכר/הוראת קבע/כרטיס אשראי

חתימתי מהווה ייפוי כוח לניכוי דמי חבר וביטוח החיים מקצבתי.

בתוקף מתאריך: 2/7/2023

הנוהל: נוהל המשך חברות בביטוחי בריאות, חיים ושיניים

תאריך עדכון אחרון: 02/07/2023

אסמכתא: 101221720

מס' הנוהל: 15

- בלמ"ס -



סוג מסמך: 29131, קולקטיב מרכז: 163621

אוקטובר 2021

ניתן להעביר את הטפסים באמצעות דוא"ל: qlqtiv1@harel-ins.co.il או לפקס 03-7348178

נספח ב

## בקשה להמשך הביטוח הרפואי הקבוצתי של לעמיתי קרנות הסוהרים

אני ו/או בני משפחתי בוטחתי/בוטחנו בחברתכם במסגרת ביטוח רפואי קבוצתי לעמיתי קרנות הסוהרים ובני משפחותיהם ובתאריך \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. פרשתי לגמלאות, הנני מבקש/ת בזאת להמשיך את הביטוח עבורי ו/או עבור בני משפחתי, בתנאי הפוליסה הקבוצתית (עפ"י התכנית שהינן מבוטחים בה במסגרת הפוליסה הקבוצתית), וזאת כל עוד הפוליסה הקבוצתית בתוקף או כל עוד הנני עמית בקרנות הסוהרים. ידוע לי כי המשך הפוליסה יהיה בתוקף החל ב-1 לחודש העוקב לפרישה מעבודתי. התשלום עבור המשך הביטוח, יתבצע באמצעות (נא לסמן ב-X) \_\_\_ ניכסי מהשכר או \_\_\_ הוראת קבע /כרטיס אשראי (יש למלא את כל הפרטים בטופס המצורף).

פרטי הגמלאי/ת:

שם הגמלאי/ת	ת.ז.	מס' טלפון נייד	תאריך פרישה לגמלאות
@			
כתובת	כתובת דוא"ל (E-mail) להודעות אישיות ודיוורים		

א. פרטי המועמדים להמשכות הביטוח					
מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות	ס"ב
בן/בת זוג					
ילד עד גיל 24	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
נכד עד גיל 24	1				
	2				
	3				
ילד מעל גיל 24					
ילד מעל גיל 24					
ילד מעל גיל 24					

ב. חתימה				
מבוטח ראשי	תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה



בתוקף מתאריך: 2/7/2023

הנוהל: נוהל המשך חברות בביטוחי בריאות, חיים ושיניים

תאריך עדכון אחרון: 02/07/2023

מס' הנוהל: 15 אסמכתא: 101221720

- בלמ"ס -

המשך נספח ב'



**זראת קבע לתשלום פרמיות ביטוח בריאות**

טופס מיועד לנשים וגברים כאחד, לקבוע למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

ועדי הגבייה: בתשלום בכרטיסי אשראי – בהתאם להסדר של המבוטח עם חברת האשראי, ובתשלום בהוראת קבע – בהתאם למועדי החיוב הנהוגים בחברה. לתשומת ליבך – במידה ופרטי האשראי שמסרת שונים מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה, יעודכן אמצעי התשלום לפרטי האשראי החדשים עבור כלל הכיסויים והמבוטחים הכלולים בפוליסה.

**תשלום בהוראת קבע לבנק**

פרטי הוראה לכבוד, בנק: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ כתובת הסניף: \_\_\_\_\_

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד המוסד
		בנק	6 0 8
		סניף	

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות, או  
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:  
 תקרת סכום החיוב - \_\_\_\_\_ ש.  
 מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

לתשומת ליבך,  
 ■ אי שימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות,  
 ■ אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

1. אינן הח"מ: \_\_\_\_\_ שם בעלי החשבון כחופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מס' תזהות / ח.פ. \_\_\_\_\_

מכתובת: \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכמים ובמועדים שימצאו לכם מדי פעם בפעם על-ידי המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף להגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).

2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:  
 א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.  
 ב. הרשאה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול על-ידי הוראת כל דין.  
 ג. נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, היחויב ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.  
 ד. נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכמים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.  
 ה. הבנק אינו אחראי בכל הנגע לעסקה שבייטן לבין המוטב,  
 ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.  
 ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבייטן לבין הבנק.  
 ח. הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ונדיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.  
 3. אנו מסכמים שבקשה זו תוגש לבנק על-ידי המוטב.

פרטי הרשאה לקוח נכבד, סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ, על-פי סכום דמי הביטוח, ההצמדה והריבית ואו על-פי יתרות החוב כפי שנקבעו בפוליסה/ות ותוספותיהן.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בעלי החשבון: \_\_\_\_\_

**הוראות בעל כרטיס אשראי**

כרטיס אשראי מסוג:  ויזה  ישראלכרט  דינרס  לאומי קארד  אמריקן אקספרס  אחר: \_\_\_\_\_

שם בעל הכרטיס: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_

רחוב	מס' ישוב	מיקוד
טלפון בית	טלפון עבודה	טלפון מיד

מס' הכרטיס: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות, סכמי החיוב ומועדיהם יהיו ובהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, החזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את החזר לאמצעי תשלום אחר. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודשנה, יחוייב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודשנה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בעל הכרטיס: \_\_\_\_\_

**הוספת מבוטחים לפוליסה קיימת**

לתשלום הפרמיה באמצעי תשלום חדש עבור כלל המבוטחים בפוליסה (לרבות אלו שמצורפים בהצעה זו), יש למלא את פרטי אמצעי התשלום החדש למעלה (סעיף א' או ב').

לתשלום הפרמיה באמצעות אמצעי התשלום הקיים בפוליסה יש לחתום למטה:

אבקש לשלם את הפרמיה בגין צירוף המבוטחים הנוספים על פי הצעה זו באותו אמצעי תשלום בו משולמת הפוליסה הישנה. חתימה על סעיף זה הינה עבור משלם הפוליסה בלבד.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם המשלם: \_\_\_\_\_ ת"ז המשלם: \_\_\_\_\_ חתימת המשלם: \_\_\_\_\_

מידה והמשלם אינו המבוטח או בעל הפוליסה, יש לצרף בנוסף טופס "הצהרת משלם שאינו המבוטח או בעל הפוליסה".



בתוקף מתאריך: 2/7/2023

הנוהל: נוהל המשך חברות בביטוחי בריאות, חיים ושיניים

תאריך עדכון אחרון: 02/07/2023

מס' הנוהל: 15 אסמכתא: 101221720

- בלמ"ס -

נספח ב'



ביטוח בריאות  
 מוקד ביטוח השיניים של השב"ס [קרנות הסוהרים]: 03-7238870 | פקס: 03-7238870  
 מייל לשליחת מסמכים: sh1@fnx.co.il | משרד ראשי: דרך השלום 53 נבתי"ם, 5345433  
 צ'אט [מידע אודות החברה]: www.fnx.co.il

**טופס הצטרפות לביטוח שיניים למשרתי שירות בתי הסוהר ולקרנות הסוהרים – טופס לגמלאי/ת, אלמן/ה**

לכבוד  
 הפניקס חברה לביטוח בע"מ – מחלקת תפעול שיניים  
 באמצעות פקס: 03-7238870 או באמצעות מייל sh1@fnx.co.il  
 הריני מתן הוראה בלתי חוזרת לנכות את דמי הביטוח משכרי בהתאם לתוכנית ביטוח השיניים ובהתאם לנפשות שצירפתי לביטוח זה ופרטיהם הרשומים מטה, כל עוד פוליסת ביטוח השיניים בתוקף.

פרטי הגמלאי/ת, אלמן/ה			
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	טלפון בבית
כתובת	ישלב	מיקוד	טלפון ביד

אבקש לצרף/ להרחיב אותי/ את בני משפחתי המפורטים להלן לביטוח השיניים.  
 1. תנאי ההצטרפות המחייבים הם תנאי הפוליסה של שירות בתי הסוהר וקרנות הסוהרים.  
 2. ההצטרפות לביטוח הינה במהלך 180 ימי ההצטרפות הראשונים מחייבת תשלום דמי ביטוח בטרם אקטיבית מיום תחילת ההסכם או מיום הזכאות להצטרף לביטוח.  
 3. גמלאי/ת, אלמן/ה המבקש לצרף בן משפחה לביטוח המורחב, חייב להרחיב בעצמו.

גמלאי/ת, אלמן/ה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	ביטוח בסיסי בלבד	תוספת ביטוח מורחב למבוגר/ילד
בן/בת זוג	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	8.88 ש"ח	57.25 ש"ח
ילדים / נכדים בגיל 21-6 יש לסמן האם מדובר בילד או בנכד ( כל נכד חייב בתשלום פרמיה. ילד רביעי ואילך חינם)	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	20.82 ש"ח	8.33 ש"ח
ילד / נכד	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	20.82 ש"ח	8.33 ש"ח
ילד / נכד	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	20.82 ש"ח	8.33 ש"ח
ילד / נכד	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	20.82 ש"ח	8.33 ש"ח
ילדים / נכדים מעל גיל 21	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	28.94 ש"ח	57.25 ש"ח
ילד / נכד	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	28.94 ש"ח	57.25 ש"ח
ילד / נכד	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	28.94 ש"ח	57.25 ש"ח
ילד / נכד	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	28.94 ש"ח	57.25 ש"ח

בתוקף מתאריך: 2/7/2023

נוהל המשך חברות בביטוחי בריאות, חיים ושיניים

הנוהל:

תאריך עדכון אחרון: 02/07/2023

אסמכתא: 101221720

מס' הנוהל: 15

- בלמ"ס -



## ביטוח בריאות

מוקד ביטוח השיניים של השב"ס וקרנות הסוהרים: 03-7238870 | פקס: 03-7238870 | 1-700-55-00-25

מייל לשליחת מסמכים: sh1@fnx.co.il | משרד ראשי: דרך השלום 53 נבעתיים, 5345433

צי'אט ומידע אישי באתר החברה: www.fnx.co.il

### הוראות כלליות

1. תקופת הביטוח הקולקטיבית הינה מיום 1.7.2022 ועד 30.6.2025.
2. זכאותי לקבלת טיפולי שיניים תהא מיום קליטתי במערכות הפניקס ועד לתום תקופת הביטוח הקולקטיבית וכל עוד משולמים דמי ביטוח בגינם.
3. הפרמיה צמודה למדד המחירים לצרכן והיא נכונה ליום 15.4.2022 (מדד הבסיס לפוליסה הינו המדד אשר פורסם ביום 15.7.2018).
4. תנאי הביטוח
  - א. בכל אחד מן המקרים הבאים יגיע הביטוח לסימו: סיום עבודה, גירושין, פטירה חו"ח, תום תקי הביטוח, ביטול על פי סעיף 5.3 לפוליסה. מבטוח ראשי לבטל את הפוליסה בכל עת, בלא תנאי, למעט דרישת החזר כספי כמפורט בסעיפים 4.1-4.2 להלן:
    - 4.1. מבטוח ראשי לדרוש החזר כספי ממבטוח שביטל פוליסה, בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן:
      - א. המבטוח ביטל את הפוליסה במהלך שלוש שנים הראשונות ממועד צירופו לפוליסה לראשונה או במהלך תקופה המסתיימת בחלוף שלושת רבעי תקופת הביטוח שהוגדרה בפוליסה בעת צירופו לראשונה, לפי המוקדם מביניהם (להלן: "התקופה הקובעת").
      - לעניין זה במקרה של חידוש הפוליסה לתקופה נוספת אצל אותו מבטוח או אצל מבטוח אחר (להלן: "חידוש הפוליסה") שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש יראו את חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטוח לפוליסה לראשונה.
      - במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף - במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש לא יראו כמועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטוח לפוליסה לראשונה.
    - ב. סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבטוח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבטוחים אחרים בפוליסה.
    - 4.2. גובה החזר הכספי האמור בסעיף 4.1 לא יעלה על הנמוך מבין ההפרש בין סך תגמולי הביטוח לבין סך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה או מכפלת הפרמיה החודשית שמשולמת בגין המבטוח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנתרו עד תום התקופה הקובעת. לעניין חישוב גובה החזר הכספי יוגדרו:
 

"סך תגמולי הביטוח" סך תגמולי הביטוח ששילם המבטוח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכח הפוליסה של המבטוח שלגביו הוגשה - בקשת הביטול. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה 4.1 א', חישוב החזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילם המבטוח בגין סל הטיפולים החדש בלבד. המבטוח יהיה ראשי לכלול בתגמולי הביטוח הוצאות בגין ניהול תביעות בשיעור שייקבע בפוליסה שלא יעלה על עשרה אחוזים מסך תגמולי הביטוח.

"סך הפרמיות" סך הפרמיות ששולמו בשל המבטוח שלגביו בקשת הביטול במהלך התקופה הקובעת. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש - הפוליסה כאמור בפסקה 4.1 א', הפרמיות לצורך חישוב החזר הכספי יהיו הפרמיות ששולמו בגין סל הטיפולים החדש בלבד.
5. אני מסכים שאם תכנית הביטוח תשא רווחים, הרווחים יועברו לקרנות הסוהרים למטרת פעילות רווחה לכלל העמיתים בעמותה

חתימות

<b>X</b>		
חתימה		תאריך

בתוקף מתאריך: 2/7/2023

הנוהל: נוהל המשך חברות בביטוחי בריאות, חיים ושיניים

תאריך עדכון אחרון: 02/07/2023

אסמכתא: 101221720

מס' הנוהל: 15

- בלמ"ס -

נספח ב

### כתב מינוי מוטבים

בפוליסת ביטוח חיים קבוצתית עבור עמיתי קרנות הסוהרים, עובדי בעל הפוליסה ובניות זוגם

1. אני הח"מ מבקש/ת כי סכומי הביטוח שיגיעו בגין פטירתי במסגרת ביטוח זה, ישולמו למוטבים המפורטים להלן, בחלקים המצוינים ליד שמו של כל אחד מהם.

במידה ולא צוינו חלקים, אבקש לחלק את הכספים שווה בשווה בין המוטבים הרשומים.

אם לא צוינו מוטבים כלל, יחולקו הכספים ליורשי על פי דין.

### פרטי המוטבים:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	קרבה	החלק (באחוזים)

2. אם בעת פטירתי לא יהיה מי מבין המוטבים המפורטים לעיל בחיים, יועבר חלקו אל [יש לסמן ב-X אפשרות אחת בלבד]:

- שאר המוטבים – בחלקים שווים ביניהם
- לשאר המוטבים – באופן יחסי לחלקם בטבלה
- ליורשים החוקיים של המוטב
- ליורשי על פי דין

3. הודעה זו מבטלת כל כתב מינוי מוטבים קודם שמסרתי לכם, מכל סוג שהוא, בגין פוליסה זו.

### פרטי החותם וחתימה:

X

שם משפחה      שם פרטי      מספר זהות      תאריך      חתימה

בתוקף מתאריך: 2/7/2023

נוהל המשך חברות בביטוחי בריאות, חיים ושיניים

הנוהל:

תאריך עדכון אחרון: 02/07/2023

אסמכתא: 101221720

מס' הנוהל: 15

- בלמ"ס -

נספח ג'

### לכבוד קרנות הסוהרים

הנדון: בקשה לביטול ביטוח חיים של קרנות הסוהרים

סוהר

גמלאי/ שאר

פרטי העמית:

מספר אישי	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי
כתובת		מספר נ"ד	מספר טלפון
מספר זהות - בן/ת זוג		שם משפחה - בן/ת זוג	שם פרטי - בן/ת זוג

הריני מעוניין לבטל את ביטוח החיים הקולקטיבי של קרנות הסוהרים באמצעות חברת הראל עבור:

עבור בלבד

עבור בן/ת הזוג בלבד

עבורי ועבור בן/ת הזוג

- חתימתי מהווה אישור לביטול ניכוי דמי הביטוח מהשכר/קצבה.
- ידוע לי כי אין אפשרות לקבל החזרים בגין ביטול הביטוח - טפסים שיועברו לאחר ה - 15 לחודש, יטופלו בחודש העוקב.
- יש לצרף צילום ת.ז. של המבוטח הראשי (סוהר/גמלאי) לבקשה. טפסים שיתקבלו ללא צילום ת.ז. לא יטופלו.
- יש למלא בכתב יד ברור וחתימה ידנית בלבד!
- את הטופס יש להעביר לקרנות הסוהרים בדוא"ל: Karinp@ips.gov.il או לפקס: 08-6636232.
- חובה לוודא קבלת הטופס בטלפון: 074-7830932.

חתימה

תאריך



בתוקף מתאריך: 2/7/2023

הנוהל: נוהל המשך חברות בביטוחי בריאות, חיים ושיניים

תאריך עדכון אחרון: 02/07/2023

אסמכתא: 101221720

מס' הנוהל: 15

- בלמ"ס -

### עבור הפניקס חברה לביטוח

#### הנדון: ביטוח שיניים בחברת הפניקס – בקשת הפסקת הביטוח (גמלאים סמל משרד 046)

הנני מבקש/ת בזאת לבטל את ביטוח השיניים עבורי ועבור בני משפחתי לאחר פרישתו.

#### פרטים אישיים:

מספר זהות	מ.א.	שם פרטי	שם משפחה	טלפון	נייד
תאריך פרישה	דואר אלקטרוני				
כתובת (רחוב, ת.ד., יישוב ומיקוד)					

חתימה

תאריך

בתוקף מתאריך: 2/7/2023

הנוהל: נוהל המשך חברות בביטוחי בריאות, חיים ושיניים

תאריך עדכון אחרון: 02/07/2023

אסמכתא: 101221720

מס' הנוהל: 15

- בלמ"ס -

## נספח ו'

### תצהיר עמית לגבי אחריותו הבלעדית לתשלום דמי עמית קרנות הסוהרים ודמי הפרמיה לחברות הביטוח

דמי עמית בקרנות הסוהרים

ביטוח בריאות – חברת הראל

ביטוח חיים – חברת הראל

ביטוח שיניים - חברת הפניקס

1. בהמשך לבקשתי להמשיך להיות עמית בקרנות הסוהרים ולהמשיך להיות מבוטח/ת בביטוחים המופיעים מעלה, הריני מתחייב/ת לכבד את הוראות הקבע ו/או באמצעות כרטיס אשראי ו/או באמצעות הקצבה את תשלומי הפרמיות החודשיות.

2. ידוע לי כי הסכומים/דמי הפרמיה שחתמתי עליהם בעת מילוי הטפסים להמשך הביטוחים וכן דמי עמית בקרנות הסוהרים עשויים להתעדכן מעת לעת על ידי חברות הביטוח וכן ע"י קרנות הסוהרים.

3. ידוע לי כי באחריותי האישית והבלעדית לוודא העברת הכספים לקרנות הסוהרים ולחברות הביטוח. וכן ידוע לי כי אם הניכויים לא יבוצעו אני עשוי/ה לאבד את כל זכויותי הן בקרנות הסוהרים והן בביטוחים.

תאריך	שם פרטי + משפחה	מספר זהות	חתימה