



טופס בקשה להמשכיות במסגרת ביטוח בריאות קבוצתי לגמלאי דור ג' חברת חשמל ובני משפחותיהם

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לגברים ונשים

טופס זה מיועד ל:

- מבוטח עובד הפורש תוך 120 יום לגמלאות (ושייך לדור ג') ובני משפחתו שהיו מבוטחים עמו בקולקטיב.

פרטי הגמלאי/ת				
/ /	ז / נ			
תאריך לידה	מין	מס' תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה
קופת חולים + סניף	טלפון	מיקוד	כתובת	

פרטי בני המשפחה המבוטחים					
תאריך לידה	מין	מספר ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה	
	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				בן/בת זוג
	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				ילד 1
	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				ילד 2
	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				ילד 3
	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				ילד 4

אנא מלא פרטי קשר של כל מועמד בגיר (מעל גיל 18) וציין איך תרצה לקבל את מסמכי הדיווח (גילוי נאות/ דף פרטי ביטוח/ דו"ח שנתי)					
מועמדים לביטוח	כתובת דואר ישראל חובה למלא			דואר אלקטרוני (e-mail)	טלפון נייד
	יישוב	מס' בית	רחוב		
גמלאי/ת	<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר ישראל				
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר ישראל				
ילד בגיר- שם:	<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר ישראל				
ילד בגיר- שם:	<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר ישראל				
ילד בגיר- שם:	<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר ישראל				

** בכל אחת מהאפשרויות יישלח גם SMS בנוסף, ככל שלא תבחר את האפשרות המועדפת לקבלת מסמכי הדיווח, ישלחו המסמכים בהתאם לפרטי הקשר הקיימים לפי הוראות חוזר מס' 1-1-2018 לעניין זה (בהתקיים דוא"ל – ישלחו מסמכי הדיווח לדוא"ל, בהיעדר דוא"ל – ישלחו מסמכי הדיווח לנייד המקבל SMS, בהיעדר נייד – ישלחו מסמכי הדיווח בדואר ישראל). מועמדים בגירים לביטוח שלא סומן עבורם פרטי קשר- תראה הפניקס את פרטי הקשר של המועמד הראשי/ בעל הפוליסה כפרטי הקשר של כל המועמדים לביטוח הבגירים בפוליסה. לתשומת לבך- ניתן בכל עת לשנות את אופן קבלת מסמכי הדיווח באמצעות הודעה בכתב לחברה (בדואר/ בדוא"ל/ במידע האישי אשר ניתן להיכנס אליו דרך אתר החברה) או באמצעות שיחה טלפונית למוקד שירות הלקוחות *3455.

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה ובמאגרי החברה וכל מידע נוסף שיימסר על ידי הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה") ו/או ייאסף אודותיי במסגרת מתן השירותים בהתאם לכל דין (להלן: "המידע"), יישמר במאגרי המידע של החברה ובמאגרי הקבוצה* ו/או ישותף בין חברות הקבוצה ויעובד, לרבות באמצעות בינה מלאכותית** על ידי החברה ו/או מי מחברות הקבוצה לצרכי ניהול, שירות וקשר עם הלקוח, תפעול וטיפול כל ענייני הלקוח בקבוצה בתחום שירותי הביטוח, ניהול הון ושירותים פיננסיים, צרכים שיווקיים וסטטיסטיים, אקטואריים ועסקיים, דיוור ישיר ושירותי דיוור ישיר ו/או שירותים נלווים אחרים בכפוף לכל דין.

ידוע לי כי לא חלה עליי חובה חוקית למסור את המידע, אך ללא מסירת המידע החברה לא תעניק את השירותים המפורטים, כולם או חלקם. כמו כן, ידוע לי כי אוכל לפנות לחברה או לחברות הקבוצה בכל עת בבקשה לעיין במידע אודותיי ולתקנו ככל ואינו נכון או מדוייק.

ידוע לי שאוכל לבקש בכל עת, שהמידע לא יועבר לחברות בקבוצה שאינן קשורות או רלוונטיות לשירותים שאקבל מהחברה עמה התקשרתי, על ידי עדכון באזור האישי (תחת עדכון פרטים אישיים – ניהול הסכמות) וכן באמצעות פנייה לחברה בכל אמצעי ההתקשרות הקיימים בחברה.

* "הקבוצה" – הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס פיננסים בע"מ וחברות בשליטתה הישירה ו/או העקיפה, כפי שתהיינה מעת לעת, לרבות הפניקס חברה לביטוח בע"מ, הפניקס פנסיה וגמל בע"מ, הפניקס בית השקעות בע"מ, גמא ניהול וסליקה בע"מ, הפניקס אשראי צרכני בע"מ, הפניקס משכנתאות זהב ע"מ, הפניקס ניהול תיקים בע"מ, אפסילון ניהול תיקים בע"מ, אקסלנס ניהול השקעות וניירות ערך בע"מ.

** "בינה מלאכותית" – עיבוד מידע באמצעות מערכות בינה מלאכותית כפי שיעודקן מעת לעת במדיניות הפרטיות של החברה.

חתימות	גמלאי/ת	X	בן/בת זוג	X	ילד בגיר	X
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	
	ילד בגיר	X	ילד בגיר	X	ילד בגיר	X
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	

הצהרות המועמד לביטוח

- הנני מצהיר/ה כי המידע הכלול בהצהרה זו וכן מידע שיימסר על ידי בעתיד לחברת הביטוח ו/או מי מטעמה נמסר מרצוני החופשי ובהסכמה מלאה ולא מתוך חובה חוקית כלשהי.
- ידוע לי ואני מסכים/ה כי המידע האמור אודותיי וכן כל מידע שייצבר אודותיי בעתיד בגין הקשור לפוליסה יישמר במאגרי המידע של חברת הביטוח כנהוג אצלה ואו חברות מהקבוצה ו/או אצל גורם אחר מטעמה, אשר תעשה במידע שימוש לצרכיה לרבות, ניהול, הפקת פוליסת ביטוח, טיפול בכל העניינים הנלווים מהפקת הפוליסה והקשורים אליה וטיפול בתביעות הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקטואריים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין. הקבוצה "– הפניקס אחזקות בע"מ, חברות הבת וכן כל החברות והגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס ביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם של 50% או יותר. ידוע לי כי המידע יימסר לצדדים שלישיים לשם אחסון ועיבוד המידע, לצורך טיפול בתביעות ומשלוח דיוורים בקשר עם תוכנית הביטוח והכל בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981.
- הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה וכל מידע נוסף שיימסר בעתיד על ידי לחברה, נמסר בהסכמתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי שהמידע ישמר במאגרי המידע של החברה ואו חברות מהקבוצה ו/או אצל גורם אחר מטעמה וישמש לצורך ניהול, תפעול וטיפול בכל ענייני הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקטואריים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין. ("הקבוצה" – הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את הפניקס אחזקות בע"מ, חברות הבת וכן כל החברות והגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס ביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם של 50% או יותר.
- ידוע לי כי פרטי ההתקשרות (דוא"ל ו/או טלפון נייד) שצינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשותי בקבוצה.
- אני מצהיר/ה כי הוצע לי לרכוש כיסוי משלים שב"ן + ברות ביטוח.
- אני החתום/ה מטה מבקש/ת להמשיך עבורי ועבור בני משפחתי את ביטוח הבריאות הקבוצתי של המעסיק.
- אני מאשר שהפרמיה תנוכה מאמצעי גבייה אישי המפורט מטה מאחר ואיני מקבל תלוש פנסיה ישירות באמצעות חברת חשמל.

חתימות	שם הגמלאי	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

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

