



## טופס בקשה להמשכיות במסגרת ביטוח בריאות קבוצתי לבני משפחתו של עובד או גמלאי חשמל שנפטר

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לגברים ונשים

טופס זה מיועד ל:

- טופס זה מיועד במקרה של פטירת עובד מבוטח או גמלאי מבוטח - יהיו זכאים אלמנתו ויתומיו להמשיך ולהיות מבוטחים בפוליסה זו על חשבונם באמצעי גבייה אישי (למי שאינו מקבל תלוש שאיר) ובלבד שהסדירו את המשך תשלום דמי הביטוח בתוך 120 יום מיום הפטירה.

פרטי הנפטר		
שם פרטי	שם משפחה	מס' תעודת זהות
גמלאי/ עובד	יום פטירה	אישור משאבי אנוש

פרטי בני המשפחה המבוטחים					
שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	מין	תאריך לידה	
			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	טלפון נייד	דואר אלקטרוני (e-mail)	כתובת דואר ישראל חובה למלא			אופן קבלת מסמכי דיווח (סמן אפשרות אחת)**
			רחוב	מס' בית	יישוב	
בן/ת 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 להפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה") ו/או ייאסף אודותי 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 אודותי 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 פיננסיים 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 שיעודכן מעת לעת במדיניות הפרטיות של החברה.

חתימות	בן/בת זוג	X	ילד בגיר	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 אודותי וכן כל מידע שייצבר אודותי 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 יישמר 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 באמצעות תלוש שאיר או באמצעי גבייה אישי המפורט מטה (למי שאינו מקבל תלוש שאיר)

חתימות	שם בן/בת זוג	ת.ז.	ת.ז.	ת.ז.	X
	שם ילד בגיר	ת.ז.	ת.ז.	ת.ז.	X
	שם ילד בגיר	ת.ז.	ת.ז.	ת.ז.	X
	שם ילד בגיר	ת.ז.	ת.ז.	ת.ז.	X

את הטופס המלא והחתום יש להעביר להפניקס חברה לביטוח למייל: [brutkolektiv@fnx.co.il](mailto:brutkolektiv@fnx.co.il) בציון ת.ז ושם מלא

