

**טופס בקשה להמשכיות בפוליסה קבוצתית לגמלאי ארגון הסגל אקדמי הבכיר של אוניברסיטת בן גוריון ובני משפחתם**

אני/ואו משפחתי בוטחנו בחברתכם במסגרת ביטוח בריאות קבוצת לחברי ארגון הסגל אקדמי הבכיר של אוניברסיטת בן גוריון ובתאריך \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ יצאתי לגמלאות.  
הנני מבקש/ת להמשיך את הביטוח עבורי ו/או עבור בני משפחתי במסגרת תכנית ביטוח זו.  
**ידוע לי כי עליי להגיש בקשה להמשכיות לחברה תוך 90 יום מצאתי לגמלאות.**  
התשלום לפוליסה, יתבצע באמצעות (נא לסמן ב X)  -הוראת קבע או  כרטיס אשראי (יש למלא את הפרטים בטופס המצ"ב).  
להלן פרטי ו/או פרטי בני משפחתי שהיו מבוטחים במסגרת הביטוח הקבוצתי ומעוניינים להמשיך להיות מבוטחים בביטוח הקבוצתי באמצעי גבייה אישי במסלול בו היו מבוטחים טרם יצאתי לגמלאות.

**פרטי החבר/ה**

שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	מין	תאריך לידה
כתובת	מיקוד	טלפון בית	טלפון נייד	
כתובת דואר אלקטרוני	קופת חולים	תאריך מבוקש לתחילת ביטוח		

**פרטי המועמדים לביטוח**

קירבה משפחתית למבוטח/ת ראש/ת	שם משפחה	שם פרטי	קופת חולים	מס' תעודת זהות	מין	תאריך לידה
בן / בת זוג					נ / ז	/ /
ילד 1					נ / ז	/ /
ילד 2					נ / ז	/ /
ילד 3					נ / ז	/ /
ילד 4					נ / ז	/ /

**פרטים ליצירת קשר עם מועמדים לביטוח בגירים והסכמה לקבלת מסמכי דיווח באמצעות פרטי הקשר**

יש למלא פרטי קשר לגבי כל מועמד לביטוח בגיר (מעל גיל 18) ולבחור באופן קבלת מסמכי דיווח (גילוי נאות, דף פרטי ביטוח ודו"ח שנתי) מהפניקס חברה לביטוח בע"מ. ככל שלא תבחר 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).  
בהיעדר פרטי קשר למועמדים לביטוח בגירים, 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/ בחשבון האישי) או באמצעות שיחה טלפונית למוקד שירות הלקוחות \*3455.

אופן קבלת מסמכי דיווח (סמן אפשרות אחת) בכל אחת מהאפשרויות יישלח גם SMS בנוסף	דואר אלקטרוני (e-mail)	טלפון נייד	כתובת דואר ישראל - חובה למלא		
			רחוב	מס' בית	יישוב
מועמד לביטוח ראשי	[ ] e-mail				
מועמד לביטוח בגיר שני	[ ] e-mail				
מועמד לביטוח בגיר שלישי	[ ] e-mail				
מועמד לביטוח בגיר רביעי	[ ] e-mail				
מועמד לביטוח בגיר חמישי	[ ] e-mail				

**הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת**

הנני מסכים כי המידע אודותיי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיוור ישיר מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים וזאת בין היתר באמצעות מערכת חיוג אוטומטי, פקסימיליה, דואר אלקטרוני והודעת מסר קצר וכל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה.  
נא סמן את בחירתך:  מסכים  לא מסכים

**מינוי מוטבים למקרה מוות**

מינוי מוטבים למקרה מוות	שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	מין	קירבה	% חלקים
מועמד/ת לביטוח				נ / ז		
בן/בת זוג				נ / ז		

**הצהרת המועמדים לביטוח**

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. ידוע לי כי פרטי ההתקשרות (דוא"ל ו/או טלפון נייד) שצינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל תכניות הביטוח ככל שישנם ברשותי בקבוצה.
5. ידוע לי ואני מאשר שהפרמיה תנוכה מאמצעי גבייה אישי המצ"ב.

X		
<b>חתימה</b>	<b>שם מועמד לביטוח ראשי</b>	<b>תאריך</b>
<b>חתימה</b>	<b>שם מועמד לביטוח בגיר שני</b>	<b>תאריך</b>
X		
<b>חתימה</b>	<b>שם מועמד לביטוח בגיר שלישי</b>	<b>תאריך</b>
X		
<b>חתימה</b>	<b>שם מועמד לביטוח בגיר רביעי</b>	<b>תאריך</b>
X		
<b>חתימה</b>	<b>שם מועמד לביטוח בגיר חמישי</b>	<b>תאריך</b>

