

מבוטח/ת נכבד/ה,

**הנידון: פוליסה לביטוח בריאות לחברי עמותת הרווחה של עובדי בזק ובני משפחתם
יציאה לחופשת לידה / חופשה ללא תשלום / פרישה / סיום העסקה**

1. הינך מבוטח/ת במסגרת הפוליסה שבנידון.
2. פוליסת הביטוח הינה עד ליום 31/10/2016 ובהתאם לתנאיה יש להמשיך ולשלם את פרמיות הביטוח עד לתום תקופת הביטוח.
3. **ביציאה לחל"ד:**
 - 3.1 עמותת הרווחה ממשיכה לשלם את הפרמיה לעובדות בחל"ד עד 6 חודשים.
 - 3.2 מעבר ל-6 חודשים על העובדות להסדיר את הפרמיה באופן עצמאי בהוראות קבע או כרטיס אשראי.
 - 3.3 על העובדת להסדיר את הפרמיה עבור בני משפחתה המבוטחים דרכה לאורך כל תקופת החל"ד.
4. **יציאה לחל"ת:**
 - 4.1 עמותת הרווחה ממשיכה לשלם את הפרמיה לעובדים בחל"ת מסיבות:
שמירת הריון, מחלה ללא תשלום, נכות זמנית, תאונת עבודה.
 - 4.2 על המבוטח להמשיך ולשלם את הפרמיה עבור בני משפחתו המבוטחים דרכו
באופן עצמאי בהוראת קבע או כרטיס אשראי.
 - 4.3 חל"ת מכל סיבה אחרת - אינה משולמת ע"י העמותה ועל המבוטח להסדיר את הפרמיה באופן עצמאי עבור בני משפחתו.
5. **פרישה / סיום עסקה:**
יש באפשרותך להמשיך את הביטוח עבורך ועבור בני משפחתך המבוטחים דרכך בהתאם לתנאי הפוליסה.
6. להנחיות נוספות, נשמח לעמוד לשירותך בכל שאלה או הבהרה בטלפון: 11-44-50-700-1.
7. כתובתנו: הפניקס חברה לביטוח בע"מ, דרך השלום 53 גבעתיים, מחלקת תפעול בריאות (קומה 10).

בכבוד רב,

הפניקס חברה לביטוח בע"מ

פוליסה לביטוח בריאות לחברי עמותת הרווחה של עובדי בזק ובני משפחתם

יציאה לחופשת לידה / חופשה ללא תשלום / פרישה / סיום העסקה

	מס' משרד	166017	מס' קולקטיב	
--	----------	--------	-------------	--

נא לסמן ב-X: חל"ד חל"ת פרישה סיום העסקה

← פרטי המועמדים לביטוח (מיועד למבוטחים שצורפו וקיימים בפוליסה הנוכחית של העובד/ת ולא למבוטחים חדשים)					
מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	
נ / ז	/ /				מבוטח ראשי (עובד/ת)
נ / ז	/ /				בן/בת זוג
נ / ז	/ /				ילד/ה 1
נ / ז	/ /				2
נ / ז	/ /				3
נ / ז	/ /				4
נ / ז	/ /				5
נ / ז	/ /				6
שב"ן (ביטוח משלים) מסוג:			סניף	שם קופת חולים	פרטים נוספים
עובד/ת					
בן/בת זוג וילדים					

מיקוד	יישוב	מס' בית	רחוב
טלפון נייד	טלפון בעבודה	טלפון בבית	
@			
כתובת דואר אלקטרוני (שדה חובה)			

← הצהרת המועמדים 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.

כמו כן, 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, אשר תעשה במידע שימוש לצרכיה לרבות, הפקת פוליסת ביטוח, טיפול בכל העניינים הנלווים מהפקת הפוליסה והקשורים אליה וטיפול בתביעות.

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.

אני מאשר כי הפרמיה עבורי (בהתאם לתנאי ההסכם) והפרמיה עבור בני משפחתי תנוכה מאמצעי גבייה אישי המצ"ב.

<input checked="" type="checkbox"/>			
חתימה	שם העובד	ת.ז.	תאריך

טופס אמצעי תשלום

תשלום באמצעות כרטיס אשראי											
<input type="radio"/> ויזה כ.א.ל. <input type="radio"/> ישראלכארט <input type="radio"/> לאומי קארד <input type="radio"/> דינרס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> אחר											
מס' כרטיס האשראי						תוקף					
שם בעל הכרטיס						מס' ת.ז.					
<input checked="" type="checkbox"/> חתימת בעל הכרטיס											

תשלום באמצעות הוראת קבע											
לכבוד											
מס' החשבון בבנק				סניף				בנק			
611											
קוד מוסד				קוד סניף				כתובת הסניף			
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)											

1											
שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק						אני/ו הח"מ					
מס' ת.ז. / ח.פ.											
כתובת											
רחוב				מספר				עיר			
מיקוד											
<p>2</p> <p>נודע/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם, בגין פרמיות ביטוח חיים ו/או תשלומים לקרנות הפנסיה ו/או קופות הגמל ו/או קרן השתלמות המנוהלות על ידי "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ", בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות על ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: הפניקס), כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה"</p> <p>ידוע לי/לנו כי:</p> <p>א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ", שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.</p> <p>ב. אהיה/נהיה ראש/ים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.</p> <p>ג. אהיה/נהיה ראש/ים לבטל חיוב, לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.</p>											
<p>3</p> <p>ידוע לי/נו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעל/נו להסדיר עם "הפניקס" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ".</p>											
<p>4</p> <p>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.</p>											
<p>5</p> <p>הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה, זה כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.</p>											
<p>6</p> <p>הבנק ראשי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.</p>											
<p>7</p> <p>נא לאשר ל"הפניקס" בספח להלן קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.</p>											

פרטי ההרשאה											
סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס" על פי תנאי הפוליסות ו/או תנאי התקנונים של הקרנות ו/או הקופות כפי שיהיו מעת לעת.											
חתימת בעל החשבון						תאריך					

אישור הבנק

לכבוד											
הפניקס חברה לביטוח בע"מ											
משרד ראשי: דרך השלום 35 גבעתיים 45435											
טל: 03-7332222 03-5735111 פקס:											
מס' החשבון בבנק				סניף				סוג החשבון			
611											
קוד מוסד				קוד סניף				קוד בנק			
אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)											

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו, כל 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 בהתייבויתכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

בכבוד רב,

חתימה וחוקמת הבנק				שם הבנק				מספר הסניף			
<input checked="" type="checkbox"/>											