



טופס הצטרפות - ביטוח שיניים קבוצתי לעובדי רכבת ישראל ובני משפחותיהם

רכבת ישראל 2025		
שם הקולקטיב	ת.ז.	שם העובד/ת

מיקוד	ישוב	מס' בית	רחוב
טלפון נייד	טלפון בעבודה	טלפון בבית	
כתובת דואר אלקטרוני			

הנני עובד רכבת ישראל המבקש להצטרף ו/או לצרף את בני משפחתי לביטוח שיניים קבוצתי לעובדי רכבת ישראל ובני משפחותיהם באמצעות "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" מיום 1/09/25 ועד ליום 31/08/30 (5 שנים).

- תנאי ההצטרפות המחייבים הם תנאי פוליסת ביטוח השיניים של רכבת ישראל.
- ההצטרפות לביטוח הינה במהלך 90 יום מיום תחילת הביטוח, או מיום הזכאות להצטרף לביטוח ומחייבת תשלום דמי ביטוח רטרואקטיביים מיום תחילת ההסכם או מיום הזכאות להצטרף לביטוח.
- הנני מוותר/ת בשמי ובשם ילדי, כאפטרופוס טבעי שלהם ובשם בן/בת זוגי כשלוח שלו/ה, על הסודיות הרפואית ומייפה את כוחה של "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" לקבל בשמי ובשם ילדי כל מידע רפואי מכל רופא וכל מוסד רפואי, אשר קשור במישרין ו/או בעקיפין לטיפולים דנטליים ולרפואת הפה. הנני משחרר/ת את הרופאים והמוסדות הרפואיים מחובת השמירה על הסודיות הרפואית ולא תהיינה לי כל טענות בקשר למסירת המידע.

פרטי המועמדים לביטוח

מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	עובד/ת
ז	01/01/20				עובד/ת
ז	01/01/20				בן/בת זוג
ז	01/01/20				ילד/ה 1
ז	01/01/20				ילד/ה 2
ז	01/01/20				ילד/ה 3
ז	01/01/20				ילד/ה 4

תקופת הביטוח

ידוע לי ואני מסכים כי תקופת הביטוח הינה עד 31.08.2030 מיום תחילתו (להלן "תקופת הביטוח")	31.08.2030	ועד	___/___/___	מ
תקופת הביטוח				

דמי הביטוח

עובד/ת - 96.94 ש"ח	בן/ת זוג - 96.94 ש"ח	ילד בוגר מעל גיל 21 - 65.41 ש"ח	ילד בגיל 5 עד 21 - 43.22 ש"ח	ילד שלישי ואילך (במניין הקטינים) - חינם
המחירים על פי המדד שפורסם ביום 15.6.2025.				

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	
			רחוב	מס' בית
מועמד ראשון/ בעל פוליסה				
מועמד שני				
ילד בוגר- שם: _____				
ילד בוגר- שם: _____				

אופן קבלת מסמכי דיווח (סמן אפשרות אחת)**

דואר אלקטרוני

דואר ישראל

דואר אלקטרוני

דואר ישראל

דואר אלקטרוני

דואר ישראל

דואר אלקטרוני

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/ בחשבון האישי) או באמצעות שיחה טלפונית למוקד שירות הלקוחות *3455.

תנאי הביטול

בכל אחד מהמקרים הבאים יגיע הביטוח לסימונו, הן לגבי המבוטח שהינו עובד והן לגבי בני משפחתו - **יובהר כי תנאי ביטול הפוליסה ע"י מבוטח מפורטים בהרחבה בדפי הגילוי הנאות ובסעיף 7 "תום הביטוח/ביטול הביטוח" בחוברת הפוליסה:**

- סיום יחסי עובד/מעביד בינו לבין בעל הפוליסה ו/או פרש לגמלאות.
- ביטול בן/בת זוג של עובד שנישואיו הגיעו לקיצם בגירושין.
- נפטר מבוטח שהוא עובד חברה (ימשיכו אלמנתו ויתומיו להיות מבוטחים, אם ירצו בכך).
- מבוטח אשר התגייס לצה"ל יהיה רשאי, אך לא חייב, להפסיק את הביטוח.
- עובד הנמצא בחל"ת (תקופה של חופשה ללא תשלום במשך 3 חודשים ומעלה).
- ביטול הפוליסה בכל עת בכפוף לאמור - בסעיף 7.5 לפוליסה.
- הסכמה לממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

ברשות שוק ההון ביטוח וחיסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך, הן הקיימים והן שתרכוש בעתיד, בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שהחברות מעבירות אל הרשות. ככל והנך מעוניין לבטל את הופעת פרטי הפוליסות כאמור, עליך לפנות לחברה בהמשך ושלא במעמד הצירוף, באמצעות אזור המידע האישי, תחת "הסכמות לקבלת דוורים ופניות".

- עדכון בגיר לצורך זיהוי בממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח של קטין רשות שוק ההון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטנים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרוכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם.

במידה ואינך מעוניין שהגורם המשלם יוגדר כבגיר לצורך זיהוי או אם ברצונך להוסיף בגיר נוסף לצורך זיהוי, עליך למלא את פרטיו בטופס "עדכו בגיר" דיגיטלי המופיע באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.fnx.co.il ובמידע אישי.

לידיעתך, רק בגיר שיוגדר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרוכז באתר האינטרנט "הר הביטוח" במוצרי הביטוח של קטין, בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי, בכל חברות הביטוח בישראל.

- הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות - הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה ובמאגרי החברה וכל מידע נוסף שיימסר על ידי לחברת הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה") ו/או ייאסף אודותי במסגרת מתן השירותים בהתאם לכל דין (להלן: "המידע"), ישמר במאגרי המידע של החברה ובמאגרי חברות הקבוצה* ו/או ישותף בין חברות הקבוצה, ויעובד, לרבות באמצעות בינה מלאכותית**, על-ידי החברה ומי מחברות הקבוצה לצרכי ניהול, שירות וקשר עם הלקוח, תפעול וטיפול בכל 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 מדויק. **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 בע"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.

- הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים - הנני מסכים כי המידע אודותי 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, פיננסיים ואחרים, 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.

*** "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 בע"מ, הפניקס ניהול תיקים בע"מ, אפסילון ניהול תיקים בע"מ, אקסלנס ניהול השקעות וניירות ערך בע"מ.

0 לא מסכים

בחתימתי על טופס הצעה זה אני מעניק הסכמה לרכישת כל אחת מתכניות הביטוח אותן סימנתי.

הוראה ליכוי דמי ביטוח מהמשכורת

הריני נותן/ת בזאת הוראה למחלקת השכר לנכות ממשכורתי מידי חודש את הפרמיות בגין ביטוח שיניים של בני משפחתי ששם רשום לעיל, הוראה זו תישאר בתוקף כל עוד לא ניתנה הוראת ביטול בכתב על ידי ובכפוף לתנאי הפוליסה.

X	יש להקפיד לחתום במקומות מסומנים ב- X	
חתימת העובד/ת		תאריך חתימה