

טופס עדכון פרטי ביטוח

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת			
הפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ	הפניקס פנסיה מקיפה	209	
שם החברה המנהלת*	שם קרן הפנסיה*	קוד קרן הפנסיה	מספר חשבון של העמית בקרן

פרטי העמית			
שם פרטי*	שם משפחה*	מס' זהות / דרכון*	
ישוב*	ת.ד.	רחוב*	בית*
		דירה	מיקוד

פרטי בעל רישיון			
שם פרטי	שם משפחה	מס' בעל רישיון	מס' סוכן בחברה
שם סוכנות			

לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שציית בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס

מסלול ביטוח בקרן	
שם מסלול הביטוח	גיל הפרישה במסלול
○ מסלול ביטוח 75% לנכות ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) (10)	67 ○ 64 ○ 62 ○ 60 ○
○ מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 47 ומעלה) (11)	67 ○ 64 ○ 62 ○ 60 ○
○ מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) (12)	67 ○ 64 ○ 62 ○ 60 ○
○ מסלול ביטוח 75% לנכות ו- 40% לשאירים (13)	67 ○ 64 ○ 62 ○ 60 ○
○ מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 45 ומעלה) (14)	67 ○ 64 ○ 62 ○ 60 ○
○ מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו- 40% לשאירים (15)	67 ○ 64 ○ 62 ○ 60 ○
○ מסלול ביטוח לפורשים עד גיל 60, 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 49 ומעלה) (16)	60 ○
○ מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו- 60% לשאירים (17)	67 ○ 64 ○ 62 ○ 60 ○

מסלולי הביטוח בקרן הפנסיה נבדלים זה מזה בהיקף הכיסוי הביטוחי הניתן למקרה נכות או פטירה.

- אני מעוניין/ת בהוספה של כיסוי ביטוחי המגדיל את קצבת הנכות שתשולם בשיעור שנתי ריאלי של 2% (קצבת נכות מתפתחת)
 - אני מעוניין/ת לבטל את הכיסוי הביטוחי המגדיל את קצבת הנכות שתשולם בשיעור שנתי ריאלי של 2% (קצבת נכות מתפתחת)
 - אני מעוניין לבטל את כיסוי הנכות הכפולה בחודשיים הראשונים (פרנצ'יזה)
 - אני מעוניין בהוספה של כיסוי נכות כפולה בחודשיים הראשונים (פרנצ'יזה)
 - אני מעוניין לוותר על הכיסוי לביטול תקופת האכשרה בתום תקופת הוויתור (ברות ביטוח)
 - ויתור על כיסוי ביטוחי למקרה מוות (עמית שגילו עד 60) - יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח
 - אני מבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת הזוג בלבד. אין לי בן/בת זוג אך יש לי ילד שגילו פחות מ-21
 - אני מבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג ולילדים. אין לי בן/בת זוג ואין לי ילד שגילו פחות מ-21
- ידוע לי כי בחלוף שנתיים ממועד אישור הבקשה יחודש הכיסוי הביטוחי לשאירים וינוכד דמי ביטוח מחשבוני, אלא אם אודיע לחברה בכתב כי אני מעוניין/ת להמשיך ולוותר על כיסוי ביטוחי זה.
- ידוע לי כי אם יחול שינוי במצבי המשפחתי במהלך השנתיים ממועד אישור הבקשה, באפשרותי להודיע לחברה בכתב כי אני מעוניין/ת לחדש כיסוי ביטוחי זה.

שים לב! בן/בת זוג הוא מי שנשוי לעמית ומתגורר עמו או מי שמנהל עם העמית משק בית משותף

- ויתור על כיסוי ביטוחי (עמית שגילו לפחות 60) - יש לצרף צילום תעודת זהות
- נא סמן את האפשרויות הרצויות:
- אני בן/בת למעלה מ-60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לסיכוני נכות
- אני בן/בת למעלה מ-60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג ולילדים
- מסמכים מצורפים: תעודת זהות (במקרה של ויתור על כיסוי ביטוחי)

אישורים

ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול קופת הפנסיה שלי ותפעולה, ובכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות, תקנות הגנת הפרטיות, והנחיות רשם מאגרי מידע בהתאם לסמכותו לפי חוק הגנת הפרטיות.

☐ אני מסכים/ה כי מסמכים והודעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת _____ וזאת במקום באמצעות הדואר.

☐ אני מעוניין/ת לקבל פניות שיווקיות לגבי מוצרים או שירותים של החברה ושל חברות בקבוצת החברות בה מנויה החברה.

ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיוור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל: Infom@fnx.co.il או לכתובת: דרך השלום 53, גבעתיים 5345433.

	X		
חתימת העמית*		תאריך חתימה	
	X		
חתימת בעל רישיון		תאריך חתימה	