

שינויים ב"הפניקס פנסיה מקיפה"/"הפניקס פנסיה משלימה" עדכון פרטים אישיים, שינוי מוטבים, שינוי מסלול/בחירת פנסיה מתפתחת

← פרטי המבוטח					
שם משפחה	שם פרטי	מין	מזב משפחתי	ת.ז.	תאריך לידה

1. עדכון פרטים אישיים*

<input type="radio"/> שינוי שם המבוטח	<input type="radio"/> שינוי תאריך לידה	<input type="radio"/> שינוי כתובת	<input type="radio"/> שינוי כתובת למשלוח דואר
---------------------------------------	--	-----------------------------------	---

*יש להעביר העתק קריא וברור מתעודת הזהות לצורך אימות הנתונים

טלפון בית	טלפון נייד	טלפון עבודה	כתובת דואר אלקטרוני
-----------	------------	-------------	---------------------

אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ, והפניקס פנסיה וגמל בע"מ. נא סמן לא כן

הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשורת (בזק ושירותים), התשמ"ב - 1982.

ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני. נא סמן לא כן

← שינוי פרטי בן/בת זוג			
<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן			
שינוי מצב משפחתי	<input type="radio"/> שינוי שם בן/בת זוג	<input type="radio"/> שינוי תאריך לידה	<input type="radio"/> מספר ת.ז.
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> מין	<input type="radio"/> מין	<input type="radio"/> מין

2. שינוי פרטי מוטבים (תקף רק אם אין במועד פטירת המבוטח (חו"ח) שאירים זכאים)

שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים
				<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		
				<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		

← בחירת מסלול ביטוח "הפניקס פנסיה מקיפה"
(נא לסמן X במסלול הפנסיה המבוקש. ככל שלא אבחר מסלול ביטוח, יחול מסלול הביטוח הבסיסי).

<input type="radio"/> נכות מתפתחת (רק אם המבוטח בחר במסלול בסיסי, שאירים ממוצע או במסלול נכות מוגדל) <input type="radio"/> ללא כיסוי לשאירים** <input type="radio"/> ללא כיסוי לבן/בת זוג** (כיסוי לילדים בלבד) ** אם למבוטח אין שאירים כהגדרתם בתקנון	<input type="radio"/> משווה לגיל 64/67 (קוד 6) <input type="radio"/> נכות מינימאלי לגיל 64/67 (קוד 7) <input type="radio"/> משווה לגיל 60 (קוד 11) <input type="radio"/> נכות מינימאלי לגיל 60 (קוד 12) <input type="radio"/> זיקנה ללא ביטוח מגיל 60 (קוד 13)	<input type="radio"/> נכות מוגדל לגיל 60 (קוד 14) <input type="radio"/> זיקנה מוגדל לגיל 60 (קוד 15) <input type="radio"/> משווה לגיל 60 (קוד 16) <input type="radio"/> נכות מינימאלי לגיל 60 (קוד 17) <input type="radio"/> זיקנה ללא ביטוח מגיל 60 (קוד 18)	<input type="radio"/> בסיסי* לגיל 64/67 (קוד 1) <input type="radio"/> שאירים ממוצע* לגיל 64/67 (קוד 2) <input type="radio"/> שאירים מוגדל לגיל 64/67 (קוד 3) <input type="radio"/> נכות מוגדל* לגיל 64/67 (קוד 4) <input type="radio"/> זיקנה מוגדל לגיל 64/67 (קוד 5)
--	--	---	--

← בחירת מסלול ביטוח "הפניקס פנסיה משלימה"
(נא לסמן X במסלול הפנסיה המבוקש. ככל שלא אבחר מסלול ביטוח, יחול עלי מסלול הביטוח הבסיסי למעט במקרה של הגלשה בו יחול מסלול הביטוח שחל עלי ב"קרן הפנסיה המקיפה").

<input type="radio"/> נכות מתפתחת (רק אם המבוטח בחר במסלול בסיסי, שאירים ממוצע או במסלול נכות מוגדל) <input type="radio"/> ללא כיסוי לשאירים <input type="radio"/> ללא כיסוי לבן/בת זוג (כיסוי לילדים בלבד)	<input type="radio"/> משווה לגיל 64/67 (קוד 6) <input type="radio"/> נכות מינימאלי לגיל 64/67 (קוד 7) <input type="radio"/> משווה לגיל 60 (קוד 11) <input type="radio"/> נכות מינימאלי לגיל 60 (קוד 12) <input type="radio"/> זיקנה ללא ביטוח מגיל 60 (קוד 13) <input type="radio"/> מסלול "יסוד" (קוד 50)	<input type="radio"/> נכות מוגדל לגיל 60 (קוד 14) <input type="radio"/> זיקנה מוגדל לגיל 60 (קוד 15) <input type="radio"/> משווה לגיל 60 (קוד 16) <input type="radio"/> נכות מינימאלי לגיל 60 (קוד 17) <input type="radio"/> זיקנה ללא ביטוח מגיל 60 (קוד 18)	<input type="radio"/> בסיסי* לגיל 64/67 (קוד 1) <input type="radio"/> שאירים ממוצע* לגיל 64/67 (קוד 2) <input type="radio"/> שאירים מוגדל לגיל 64/67 (קוד 3) <input type="radio"/> נכות מוגדל* לגיל 64/67 (קוד 4) <input type="radio"/> זיקנה מוגדל לגיל 64/67 (קוד 5)
--	---	---	--

← שינוי אחוז חלוקת דמי הגמולים לצורך קביעת ההכנסה המבוטחת בקרן הפנסיה

	<input type="radio"/> 16% (ברירת מחדל - אם לא יסומן אחרת) <input type="radio"/> 10% <input type="radio"/> 11.5% <input type="radio"/> 12.5% <input type="radio"/> 13% <input type="radio"/> 13.5% <input type="radio"/> 14% <input type="radio"/> 14.5% <input type="radio"/> 17.5% <input type="radio"/> 20.5%	
מועד השינוי (לרבות חודשי עבודה רטרואקטיביים)	ככל שסומן בטופס שיעור תגמולים השונה מ-16%, חובה למלא הצהרה מתאימה המצורפת בדף מס' 2, כתנאי לבחינת בקשת ההצטרפות לקרן הפנסיה	דמי גמולים חודשיים (מינימום 350 ש"ח)

← הצהרת המבוטח/ת

לענין שינוי מסלול הביטוח המצויין לעיל הריני מצהיר כדלקמן:

- ידוע לי כי ההצטרפות למסלול הביטוח החדש תיכנס לתוקף ב-1 לחודש לאחר אישור הבקשה.
- ידוע לי כי אם בעקבות שינוי מסלול הביטוח אהיה זכאי להגדלת שיעור הכיסוי הביטוחי לנכות ו/או לשאירים או להארכת התקופה, אהיה חייב בתקופת אכשרה חדשה, שתחושב מיום ההצטרפות למסלול הביטוח החדש, בשל ההגדלה ו/או הארכה בשיעור הכיסוי הביטוחי לנכות ו/או שאירים בלבד.
- ידוע לי כי היותור על כיסוי ביטוחי לבן זוג / לשאירים הינו לתקופה של 24 חודשים או עד לשינוי המצב המשפחתי. הריני מתחייב להודיע לכם על כל שינוי במצבי המשפחתי. ידוע לי כי בתום התקופה אם לא תוגש בקשה חדשה אהיה מבוטח באותו מסלול ביטוח בצירוף ביטוח שאירים.
- הנני מצהיר/ה ומאשר/ת כי הפרטים שמסרתי בבקשה זאת הינם נכונים ומדויקים ואני מתחייב/ת להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטים אלה. ידוע לי כי קרן הפנסיה תהא רשאית לשלול ו/או להפחית תשלומים ו/או פנסיות ו/או זכויות כלשהן אם נמסרו פרטים בלתי נכונים ו/או בלתי מדויקים, שיש בהם כדי להשפיע על זכויותי בקרנות הפנסיה.

X	
חתימת המבוטח/ת	תאריך