



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר תכנית

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

## מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ בקשה לשינויים בקרן הפנסיה 'מגדל מקפת אישית'

טופס מספר **493**

א. פרטי המבוטח				
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ישוב	מיקוד
כתובת דואר אלקטרוני				

ב. בקשה לשינויים בתנאי התכנית (סמן ב-X את השינויים המבוקשים/ים)		
<input type="checkbox"/> מסלול פנסיה (ג')	<input type="checkbox"/> שמירת זכאות לפנסיות נכות ושארים בהפסקת תשלומים (ו')	<input type="checkbox"/> חלוקת שכר והפרשות (ט')
<input type="checkbox"/> גיל פרישה (ד')	<input type="checkbox"/> בחירה באפשרות לפנסיות נכות גדלה (ז')	<input type="checkbox"/> התחלת עבודה אצל מעסיק חדש (י')
<input type="checkbox"/> ויתור על כיסוי ביטוחי למקרה מוות ו/או נכות (ה')	<input type="checkbox"/> מוטבים (ח')	<input type="checkbox"/> מינוי סוכן (יא')

### ה. מבוטח בודד - ויתור על כיסוי ביטוחי למקרה מוות / נכות

**מבוטח בודד** (יש לסמן רק במקרה של מבוטח בודד)  
 מבוטח ללא בת זוג, עם ילדים עד גיל 21\*  
 מבוטח ללא בת זוג ו**ללא** ילדים עד גיל 21\*  
 \* עפ"י התקנון ילדים מעל גיל 21 אינם נחשבים לשאירים ולכן לא זכאים לפנסיות שאירים.

**נא לצרף תצלום תעודת זהות כולל ספח המעיד על המצב משפחתי הצהרה**  
 אני מצהיר כי אין לי אישה/בעל או ידועה/בציבור עם/ללא ילד שגילו 21 ומטה או בן מוגבל כהגדרתם בתקנות קרן הפנסיה ואני מבקש להצטרף לקרן למסלול פנסיה ללא כיסוי ביטוחי לבת זוג (עם ילדים / ללא ילדים). ידוע לי כי ביטול הכיסוי האמור הינו ל-24 חודשים ואני מתחייב להודיע לקרן בכתב לפני תום התקופה הנ"ל על המשך היותי ללא בת זוג (עם ילדים/ ללא ילדים). כמו כן ידוע לי כי במקרה ולא אתן לקרן הודעה כאמור, אהיה מבוטח גם בכיסוי ביטוחי לסיכונים מוות בהתאם למסלול שחל עליי. אני מתחייב להודיע לקרן בכתב על כל שינוי שיחול בהצהרה כאמור לעיל.

**ויתור על כיסוי ביטוחי לאחר גיל 60: (ניתן לוותר על כיסוי אחד או על שניהם)**  
 ויתור על כיסוי ביטוחי לשאירים  
 ויתור על כיסוי ביטוחי לנכות

הריני להודיעכם בזאת כי אני מוותר על הכיסוי הביטוחי לפנסיות נכות ו/או על הכיסוי הביטוחי לפנסיות שאירים (על פי הסימון לעיל באחד הכיסויים או בשניהם). ידוע לי כי הויתור על הכיסוי הביטוחי כנ"ל מותנה בכך שגילי עולה על 60 וכי בהתאם לבקשתי זו לביטול הכיסויים הביטוחיים, לא ינוכו העלויות לכיסויים הביטוחיים מתכנית הפנסיה שעל שמי.

חתימת המבוטח \*

### ד. גיל פרישה - סמן:

**גבר**  
 60  65  67

**אישה**  
 60  64  65  67

ידוע לי כי אם כתוצאה מבחירת אחד המסלולים הנ"ל יגדל הכיסוי הביטוחי למקרה נכות או פטירה, תחול תקופת אכשרה של 60 חודשים לגבי תוספת הכיסוי הביטוחי למקרה של נכות או פטירה שנבעו ממחלה, תאונה או מום שלקיתי בהם לפני מועד הגדלת הכיסוי כאמור.

ידוע לי כי בחירתי במסלול ו/או בגיל פרישה כמפורט בטופס זה, תחול על כל תכניות הפנסיה שעל שמי במגדל מקפת אישית.

### ג. מסלול פנסיה מבוקש (יש לבחור מסלול אחד בלבד)

בסיסי (21)

מוטת זקנה ונכות (3)

מוטת זקנה ושאירים (4)

מוטת זקנה (5)

מוטת נכות וכיסוי להורה נבחר\* (6)

מוטת זקנה וכיסוי להורה נבחר\* (7)

רצף מוטת זקנה (9)

מוטת נכות ושאירים (10)

בן מוגבל נבחר\* (13)  
 מצ"ב הצהרת בריאות לבן מוגבל

אישי (2): ציין את שיעור פנסיות הנכות ושיעור פנסיות האלמנה המבוקש באחוזים מהמשכורת. שיעור פנסיות נכות % שיעור פנסיות אלמנה %.

### \* שים לב! הטבלה הבאה מיועדת אך ורק למילוי בבחירת מסלולי ביטוח להורה נבחר או בן מוגבל נבחר (מסלולים 6, 7 או 13)

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	קרבה
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	ישוב	מיקוד	מספר טלפון	

### ו. שמירת זכאות לפנסיות נכות ושאירים בהפסקת תשלומים

אם ברצונך לבחור באפשרות של שמירת זכאות לפנסיות נכות ושאירים-ריסק זמני אוטומטי - סמן:  כן, (אם לא תסמן אפשרות זו, משמעה שלא נבחרה) אני מורה לכם כי בכל מקרה של הפסקת תשלומים, ינוכו דמי סיכון ממרכיב תגמולי המבוטח ביתרת הזכאות הצבורה הרשומה על שמי וזאת לתקופה שלא תעלה על תקופת הביניים, כהגדרתה בתקנות הקרן וזאת על מנת לשמור על רמת הכיסוי הביטוחי כפי שהייתה במועד תשלום דמי הגמולים האחרון לקרן. אם ארצה לבטל את ההסדר לתשלום דמי הסיכון כאמור, אודיע לכם בכתב בתוך 21 ימים ממועד התשלום האחרון לקרן.

### ז. בחירה באפשרות לפנסיות נכות גדלה

אם ברצונך לבחור באפשרות לפנסיות נכות גדלה - סמן:  כן, (אם לא תסמן אפשרות זו, משמעה שלא נבחרה) אבקש כי במקרה של נכות תגדל פנסיות הנכות המשולמת לי בשיעור של 2% לשנה וזאת החל מהחודש ה-37 לתשלום פנסיות הנכות. ידוע לי כי העלות הנוספת לרכישת כיסוי זה, תקטן את החיסכון לפנסיה בגיל הפרישה.

### ח. מוטבים

אני מורה לכם כי במקרה פטירתי באין שאירים זכאים לפנסיה, יוחזרו הכספים שיועמדו לזכותי, כאמור בתקנות קרן הפנסיה ובכפוף לכל דין, למוטבים המפורטים להלן בחלקים המפורטים (במקרה ולא מפורטים חלקם של המוטבים, יחולקו הכספים באופן שווה בין המוטבים).

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה למבוטח	החלק ב-%



0125749301030514

תק"ט 810100022 (05.2014)

## יא. הצהרות

1. ידוע לי כי מכלול זכויותי וזכויות שאירי ייקבעו בהתאם לבחירותי כאמור לעיל ובכפוף לתקנות קרן הפנסיה כפי שיהיו מעת לעת.
2. אישור שמירה ושימוש בנתונים אישיים ואמצעי התקשורת עם המבוטח: בסעיף זה "מגדל" משמעה מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או חברות ו/או גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ. אני מאשר בזאת: (1) שהמידע שמסרתי בטופס הצטרפות זה נמסר מרצוני ובהסכמתי; (2) המידע והנתונים שמסרתי וכל עדכון שלהם ישמרו במאגרי המידע של מגדל וישמשו לבחינת הבקשה, לניהול השוטף של זכויות הפנסיה ו/או תיק הביטוח ו/או תיק ההשקעות של המוצרים הפיננסים שרכשתי במגדל, למתן שירותים במסגרת תוכנית הפנסיה ו/או המוצרים הפיננסיים, דיור ישיר, עיבוד מידע, פילוח שיווקי, וכן לצורך יצירת קשר לפנייה בהזמנה להציע הצעות לרכישת פוליסות ביטוח, קופות גמל, קרנות פנסיה, קרנות נאמנות ומוצרים נוספים של מגדל וקיום חובות על-פי דין בקשר עם האמור לעיל; (3) החברה תהא רשאית להעביר את המידע והנתונים אודותיי גם לסוכן הביטוח/ יועץ פנסיוני/ משווק פנסיוני המטפל בתוכנית הפנסיה מטעמי; (4) אם החברה תארגן פעילותיה במסגרת תאגיד אחר או תתמזג עם גוף אחר, היא תהא זכאית להעביר לתאגיד החדש העתק מן המידע שנאגר אודותיי ובלבד שתאגיד זה יקבל על עצמו כלפי מגדל הוראת אישור זה; (5) אני מסכים כי מידע ונתונים שמסרתי כאמור ישמשו גם לצורך יצירת קשר עימי, לרבות באמצעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר או אמצעי תקשורת אחר. אם לא אהיה מעוניין במידע או בפנייה כאמור מצד החברה, אוכל להודיע על כך לחברה בכל עת.
- איני מעוניין שתשלחו אלי פניות שיווקיות לגבי מוצרים ו/או שירותים של מגדל.
3. העברת מידע בקווי תקשורת: אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התוכנית ו/או אודותיי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט או באמצעי תקשורת חליפי, למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח ("קווי תקשורת") וכן כי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך כי במקרה זה יתכנו תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים המהווים פגיעה בפרטיות וזאת על אף אמצעי אבטחת מידע סבירים שהחברה נוקטת וכל עוד החברה נוקטת באמצעי אבטחת מידע כאמור. החברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת.
4. בקשה לקבלת קוד למערכת מידע אישי: אני הח"מ מבקש ומאשר לקבל בדואר רשום או באמצעי קשר אחר קוד הפעלה ראשוני למערכת מידע אישי באתר האינטרנט של מגדל כהגדרתה להלן, אודות תוכניות ביטוח ו/או תוכניות פנסיה ו/או קופות גמל ו/או קרנות השתלמות ו/או מוצרים אחרים של מגדל ("אתר האינטרנט"). ידוע לי כי קוד הפעלה הראשוני יאפשר קבלת מידע מאתר האינטרנט רק בכפוף להשלמת תהליך הרישום לאתר האינטרנט.

חתימת  
המבוטח ★

תאריך



0125749303030514