

## שינויים ב"הפניקס פנסיה מקיפה"/"הפניקס פנסיה כללית"

עדכון פרטי מבוסח, שאיר נוסף, שינוי מוטבים, החלפת מסלול/בחירת פנסיה מתפתחת

### ← פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה
----------	---------	------	------------

### 1. שינוי פרטי המבוטח

פרטי השינוי	הערות/הצהרות
<input type="radio"/> שינוי שם המבוטח	יש להעביר העתק קריא וברור מתעודת הזהות
<input type="radio"/> שינוי תאריך לידה	יש להעביר העתק קריא וברור מתעודת הזהות
<input type="radio"/> שינוי כתובת	יש לכלול מיקוד
<input type="radio"/> שינוי כתובת למשלוח דואר	יש לכלול מיקוד
<input type="radio"/> שינוי טלפון	

טלפון בבית      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. בא סמן  לא  כן

הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שצייתי 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. בא סמן  לא  כן

שינוי מצב בריאותי  רווק  נשוי  גרוש  אלמן

### ← שינוי פרטי בן/בת זוג

<input type="radio"/> שינוי שם בן/בת זוג	<input type="radio"/> שינוי שם השאיר
<input type="radio"/> שינוי תאריך לידה	<input type="radio"/> שינוי תאריך לידה
<input type="radio"/> מס' ת.ז.	<input type="radio"/> קרבת השאיר הנוסף
<input type="radio"/> מין	<input type="radio"/> מס' ת.ז.
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> מין <input type="radio"/> נקבה

### ← שינוי פרטי ילדים עד גיל 21 (3 צעירים)

שם	ת.ז.	ז / ב	מין	תאריך לידה
1				
2				
3				

### 2. שינוי פרטי מוטבים (תקף רק אם אין שאירים זכאים)

#### ← מינוי מוטבים

שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קרבה	%חלקים
				ז / ב		
				ז / ב		
				ז / ב		

### בחירת מסלול "הפניקס פנסיה מקיפה" (בא לסמן X במסלול הפנסיה המבוקש)

<input type="radio"/> בסיס* לגיל 64/67 (קוד 1)	<input type="radio"/> משווה לגיל 64/67 (קוד 6)	<input type="radio"/> נכות מוגדל לגיל 60 (קוד 14)
<input type="radio"/> שאירים ממוצע* לגיל 64/67 (קוד 2)	<input type="radio"/> נכות מינימאלי לגיל 64/67 (קוד 7)	<input type="radio"/> זיקנה מוגדל לגיל 60 (קוד 15)
<input type="radio"/> שאירים מוגדל לגיל 64/67 (קוד 3)	<input type="radio"/> בסיס לגיל 60 (קוד 11)	<input type="radio"/> משווה לגיל 60 (קוד 16)
<input type="radio"/> נכות מוגדל* לגיל 64/67 (קוד 4)	<input type="radio"/> שאירים ממוצע לגיל 60 (קוד 12)	<input type="radio"/> נכות מינימאלי לגיל 60 (קוד 17)
<input type="radio"/> זיקנה מוגדל לגיל 64/67 (קוד 5)	<input type="radio"/> שאירים מוגדל לגיל 60 (קוד 13)	<input type="radio"/> זיקנה ללא ביטוח מגיל 60 (קוד 60)

### 4. שינוי אחוז חלוקת דמי הגמולים לצורך קביעת ההכנסה המבוטחת ב"הפניקס פנסיה מקיפה" (מיועד לעצמאים בלבד)

<input type="radio"/> 16% (ברירת מחדל - אם לא יסומן אחרת)	<input type="radio"/> דמי גמולים חודשיים
<input type="radio"/> _____ % (לא פחות מ- 10.00% ולא יותר מ- 20.5% בכפוף לתקנון).	

### 5. הצהרת העובד/ת

- לעניין 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 הויתור על כיסוי ביטוחי לבן זוג / לשאירים הינו לתקופה של 24 חודשים או עד לשינוי המצב המשפחתי והוא גובר על מינוי שאיר אחר. 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.
- לעניין מינוי שאיר נוסף הריני מצהיר כי אין לי בן/בת זוג כהגדרתו בתקנון. ידוע לי כי זכויות השאיר הנוסף יקבעו בהתאם לתקנון והפנסיה ליתומים או הזכות להחזרת כספים יקבעו כאילו קיימת אלמנה זכאית לפנסיה. ידוע לי כי מינוי שאיר נוסף יבוטל באופן אוטומטי אם יהיה לי בן/בת זוג כהגדרתו בתקנון והנני מתחייב להודיע לכם על כל שינוי במצבי המשפחתי באופן מיידי.
- 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.

תאריך	חתימת המבוטח/ת
-------	----------------