הפניקס חברה לביטוח בע"מ | הפניקס פנסיה וגמל בע"מ
פקס החברה לביטוח: 03-5735111 | פקס פנסיה וגמל: 03-7329021
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 53454
www.fnx.co.il | info@fnx.co.il

קשרי לקוחות
*3455 או
*הפניקס
(294589)

הפניקס
כשזה חשוב לך, זה חשוב לנו.

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

עדכון פרטי מבוטח, 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
◯ שינוי שם המבוטח		יש להעביר העתק קריא וברור מתעודת הזהות
◯ שינוי תאריך לידה		יש להעביר העתק קריא וברור מתעודת הזהות
◯ שינוי כתובת		יש לכלול מיקוד
◯ שינוי כתובת למשלוח דואר		יש לכלול מיקוד
◯ 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. 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 ושידורים), 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 מצב בריאותי ◯ רווק ◯ נשוי ◯ גרוש ◯ אלמן

שינוי פרטי בן/בת זוג

שינוי פרטי שאיר נוסף (ניתן למנות רק אם אין בן/בת זוג. וויתור על כיסוי ביטוחי מבטל המינוי)

◯ שינוי שם בן/בת זוג		◯ שינוי שם השאיר	
◯ שינוי תאריך לידה		◯ שינוי תאריך לידה	
◯ מס' ת.ז.		◯ קרבת השאיר הנוסף	◯ אב ◯ אם ◯ סבא סבתא ◯ אם בן/בת זוג ◯ אב בן/בת הזוג ◯ סב בן/בת הזוג ◯ סבתא בן/בת הזוג
◯ מין	◯ זכר ◯ נקבה	◯ מס' ת.ז.	◯ מין ◯ זכר ◯ נקבה

שינוי פרטי ילדים עד גיל 21 (3 צעירים)

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

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

מינוי מוטבים

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

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

◯ בסיסי* לגיל 64/67 (קוד 1)
◯ שאירים ממוצע* לגיל 64/67 (קוד 2)
◯ שאירים מוגדל לגיל 64/67 (קוד 3)
◯ נכות מוגדל* לגיל 64/67 (קוד 4)
◯ זיקנה מוגדל לגיל 64/67 (קוד 5)
◯ משווה לגיל 64/67 (קוד 6)
◯ נכות מינימאלי לגיל 64/67 (קוד 7)
◯ בסיסי לגיל 60 (קוד 11)
◯ שאירים ממוצע לגיל 60 (קוד 12)
◯ שאירים מוגדל לגיל 60 (קוד 13)
◯ נכות מוגדל לגיל 60 (קוד 14)
◯ זיקנה מוגדל לגיל 60 (קוד 15)
◯ משווה לגיל 60 (קוד 16)
◯ נכות מינימאלי לגיל 60 (קוד 17)
◯ זיקנה ללא ביטוח מגיל 60 (קוד 60)

◯ **נכות מתפתחת***
(רק אם המבוטח בחר במסלול בסיסי, שאירים ממוצע או במסלול נכות מוגדל)
◯ **ללא כיסוי לשאירים****
◯ **ללא כיסוי לבן/בת זוג**** (כיסוי לילדים בלבד)
** אם למבוטח אין שאירים כהגדרתם בתקנון ולא מונה שאיר נוסף

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

דמי גמולים חודשיים

◯ 16% (ברירת מחדל - אם לא יסומן אחרת)
◯ % _____ (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:

1. ידוע לי כי ההצטרפות למסלול הביטוח החדש תיכנס לתוקף ב-1 לחודש לאחר אישור הבקשה.
2. 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.
3. 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.
4. לעניין מינוי שאיר נוסף הריני מצהיר כי אין לי בן/בת זוג כהגדרתו בתקנון. ידוע לי כי זכויות השאיר הנוסף ייקבעו בהתאם לתקנון והפנסיה ליתומים או הזכות להחזרת כספים ייקבעו כאילו קיימת אלמנה הזכאית 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.
5. 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 מדוייקים, שיש בהם כדי להשפיע על זכויותי בקרנות הפנסיה.

תאריך		חתימת המבוטח/ת