



טופס עדכון פרטי ביטוח

טופס מספר **536**

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

| פרטי החברה המנהלת | | |
|---------------------------------------|------------------|----------------|
| שם חברה מנהלת | שם קרן הפנסיה | קוד קרן הפנסיה |
| מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ | מגדל מקפת משלימה | 659 |

| פרטי העמית | | | | | |
|------------|------|-----------|----------|----------|--------------------|
| שם פרטי* | | שם משפחה* | | | מספר זהות / דרכון* |
| | | | | | |
| יישוב* | ת.ד. | רחוב* | מס' בית* | מס' דירה | מיקוד |
| | | | | | |

| פרטי בעל רישיון | | | | |
|-----------------|----------|-----------------|-----------------|-----------|
| שם פרטי | שם משפחה | מספר בעל רישיון | מספר סוכן בחברה | שם סוכנות |
| | | | | |

מסלול ביטוח בקרן (יש לבחור מסלול פנסיה אחד בלבד ואת גיל הפרישה)

| גיל הפרישה במסלול | שם מסלול הביטוח |
|---|--|
| 67 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> בסיסי (1) |
| 67 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> זקנה ונכות (3) |
| 67 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> זקנה ושירים (10) <input type="checkbox"/> תוספת "שחרור" (4) |
| 67 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> זקנה בלבד (יסוד) (11) <input type="checkbox"/> תוספת "שחרור" (5) |
| 67 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> נכות וכיסוי להורה נבחר** (6) |
| 67 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> זקנה וכיסוי להורה נבחר** (12) <input type="checkbox"/> תוספת "שחרור" (7) |
| 67 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> בן מוגבל נבחר** (13) <input type="checkbox"/> מצ"ב הצהרת בריאות לבן מוגבל |
| 67 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> מסלול אישי(2): ציין את שיעור פנסיית הנכות ושיעור פנסיית אלמנה המבוקש באחוזים מהמשכורת. שיעור פנסיית נכות % _____ . שיעור פנסיית אלמנה % _____ . |

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

* במקרה של בחירה במסלול ללא כיסוי לפנסיית נכות, ראשי המבוטח לבחור כי במקרה נכות יהיה זכאי לזקיפת דמי גמולים ("שחרור"). אם סומנה תוספת "שחרור" בסעיף הרלוונטי, במקרה של נכות כהגדרת המונח בתקנון הקרן, יהיה המבוטח זכאי ל"זקיפת דמי גמולים" ("שחרור") למרות שלא יהיה זכאי לתשלום פנסיית נכות.

**שים לב! הטבלה הבאה מיועדת אך ורק למילוי בבחירת מסלולי ביטוח להורה נבחר או בן מוגבל נבחר (מסלולים 6, 7, 12 או 13)

| פרטי הורה נבחר או בן מוגבל נבחר | מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | מין | קרבה |
|---------------------------------|-----------|----------|----------|------------|---|------|
| | | | | | נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> | |
| רחוב | יישוב | מס' בית | מס' דירה | מיקוד | מספר טלפון | |
| | | | | | | |

(מהדורה 12.2021)

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ



072575360102191221

עמוד 1 מתוך 2 דפים

קוד מסמך: 257 | לשימוש פנימי סמן X חב 1 חב 7

ייתור 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 וילדים. אין לי בן/בת זוג ואין לי ילד שגילו פחות מ-21.

שים לב, בבחירה זו בויתור על כיסוי ביטוחי יונכו דמי ביטוח בגין שמירה על תקופת אכשרה למקרה של חידוש הכיסוי הביטוחי, על מנת שבעת חידוש הכיסוי הביטוחי לא תתחיל תקופת אכשרה למקרה פטירה בת 5 שנים. ככל שהינך מעוניין כי עם חידוש הכיסוי הביטוחי לשאירים (בן/בת זוג וילדים), תתחיל תקופת אכשרה למקרה פטירה בת 5 שנים, הינך מוזמן לפנות למוקד הלקוחות בחברה.

ידוע לי כי בחלוף שנתיים ממועד אישור הבקשה יחודש הכיסוי הביטוחי לשאירים ויונכו 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.

בחירה באפשרות לקצבת נכות מתפתחת (סעיף שאינו חובה - לבחירת העמית)

- אני מבקש/ת להוסיף כיסוי ביטוחי נוסף לפיו אם אהיה זכאי/ת לקצבת נכות, תוגדל קצבת הנכות שתשולם לי בשיעור שנתי של 2%.

בחירה בביטול קצבת נכות כפולה (סעיף שאינו חובה - לבחירת העמית)

- אני מבקש/ת כי במקרה של זכאות לקצבת נכות, לא תשולם לי קצבת נכות עבור שני חודשי הקצבה הראשונים.

מסמכים מצורפים

- תעודת זהות (כולל ספח) / דרכון (לתושב זר)**

אישורים

ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור כל מידע, למעט מידע שחלה עלי חובה למוסרו על פי דין לצורך קבלת השירותים, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול ותפעול קרן הפנסיה שלי, לרבות עיבוד מידע הקיים במערכות החברה והכל בכפוף להוראות הדין.

- אני מסכים/ת לקבל מהחברה, ומחברות בקבוצה בה מנויה החברה, הודעות שיווקיות ודברי פרסומת באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או כל אמצעי תקשורת אחר, והכל בהתאם לפרטים השמורים במאגר המידע של החברה.
- כמו כן, ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיוור לקבלת הודעות שיווקיות ודברי פרסומת, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל mokedpe@migdal.co.il או לכתובת ת.ד. 3778, קרית אריה, פתח תקוה, מיקוד 4951106

חתימת
העמית *

באפשרותך לבחור לקבל מסמכים והודעות מטעם החברה באחד מהאמצעים שמולאו בפרטי העמית:

- דואר אלקטרוני
- הודעת טקסט (מסרון)
- דואר

לידיעתך! אם לא תבחר באחת מהאפשרויות המפורטות, יישלחו אליך מסמכים והודעות כפי שנקבע בהוראות הדין.

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן הפנסיה, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן הפנסיה: www.migdal.co.il

חתימת העמית* *

תאריך *

חתימת בעל רישיון *

תאריך

** למעט בבקשה שהוגשה דרך האזור האישי באתר האינטרנט של החברה ולאחר שהעמית עבר את שלבי הזיהוי הנדרשים.

