

סופס עדכון פרטי ביטוח

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת

שם החברה המנהלת*	שם קופת הגמל*	קוד קופת הגמל	מספר החשבון של העמית בקופה
כלל פנסיה וגמל בע"מ	כלל פנסיה	1/170	

פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות/דרכון*	מין*
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה

יישוב*	ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד

פרטי בעל רישיון

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

מסלול ביטוח בקרן

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

שם מסלול הביטוח	גיל הפרישה במסלול
<input type="checkbox"/> מסלול 1 - מסלול ביטוח 75% לנכות ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) (להלן - מסלול ברירת המחדל).	60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מסלול 2 - מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 47 ומעלה).	60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מסלול 3 - מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה).	60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מסלול 4 - מסלול ביטוח 75% לנכות ו-40% לשאירים.	60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מסלול 5 - מסלול ביטוח 37.5% לנכות - 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 45 ומעלה).	60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מסלול 6 - מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו-40% לשאירים.	60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מסלול 7 - מסלול ביטוח לפרשים עד גיל 60, 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 49 ומעלה)	60 <input checked="" type="checkbox"/>

ידוע לי כי ברכישת כיסוי ביטוחי זה אהיה זכאי לקצבת נכות מוגדלת בשיעור של 2% שנתי.

ידוע לי כי ויתור על כיסוי ביטוחי זה לא אהיה זכאי לתשלום קצבת נכות בשיעור כפול במהלך שני חודשי הקצבה הראשונים.

רכישת כיסויים ביטוחיים נוספים

קצבת נכות מתפתחת

אני מבקש/ת לרכוש כיסוי ביטוחי לקצבת נכות מתפתחת.

קצבת נכות כפולה

אני מבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לקצבת נכות כפולה.

שים לב! ככל שלא תבחר לוותר על כיסוי זה, תהיה מבוטח בכיסוי ביטוחי לקצבת נכות כפולה ויגבו ממך דמי ביטוח בגין כיסוי זה.

כלל פנסיה וגמל בע"מ



ויתור על כיסוי ביטוחי למקרה מוות (עמית שגילו עד 60) – יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח פתוח

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

ידוע לי כי בחלוף שנתיים ממועד אישור הבקשה יחודש הכיסוי הביטוחי לשאירים וינוכח דמי ביטוח מחשובני, 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.

עמית אשר יבחר לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת הזוג או שאירים יהיה מבוטח בכיסוי ביטוחי לביטול תקופת אכשרה, אלא אם יבקש לוותר על כיסוי זה באופן אקטיבי. יודגש כי כל עוד לא ביקש עמית כאמור, אשר ויתר על כיסוי ביטוחי לשאירים, לוותר גם על הכיסוי הביטוחי לביטול תקופת אכשרה, יגבו ממנו דמי ביטוח בגין כיסוי זה.

שים לב! בן/בת זוג הוא מי שנשוי לעמית ומתגורר עמו או מי שמנהל עם העמית משק בית משותף.

ויתור על כיסוי לביטול תקופת אכשרה

- אני מבקש/ת לוותר על כיסוי לביטול תקופת אכשרה במקרה של הגדלת הכיסוי הביטוחי לבן/בת זוג ושאירים*.
- * הויתור יבוצע בהתאם לבחירת ביטול הכיסוי שסימנת בסעיפים מעלה.

לידיעתך, במידה ותבחר לוותר על הכיסוי הביטוחי לביטול תקופת אכשרה, תחול תקופת אכשרה של 5 שנים על הגדלת הכיסוי הביטוחי, בתום תקופת הויתור על כיסוי ביטוחי למקרה מוות.

ויתור על כיסוי ביטוחי (עמית שגילו לפחות 60) – יש לצרף צילום תעודת זהות

- אני בן/בת למעלה מ-60 ומבקש לוותר על כיסוי ביטוחי לסיכוני נכות.
- אני בן/בת למעלה מ-60 ומבקש לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג ולילדים.

מסמכים מצורפים

- תעודת זהות בצרף ספח פתוח (במקרה של ויתור על כיסוי ביטוחי).

אישורים

אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה אליי מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין), בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל, באמצעות:

- אמצעי דיגיטלי** (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד) **דואר רגיל**

לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה.

ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכות כל החברות מקבוצת כלל, עבור כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצה, וישמשו לביצוע פניות אליי.

ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון *5454

- אני מאשר כי החברה תפנה אלי, לצורך הצעת מוצרים ושירותים שונים, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע בכל עת כי אינני רוצה לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

אני מאשר.

תאריך _____ חתימה _____

חתימת העמית*: _____ תאריך חתימה*:

חתימת בעל רישיון: _____ תאריך חתימה:

