

הודעה על עזיבת מקום עבודה והוראת המבוטח לאחר עזיבה

הודעה זו נמסרת ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או להפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ".

פרטי הסוכן	שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח
אוראל אביאל				
הודעה על עזיבת מקום עבודה				
שם המבוטח	מס' המבוטח	מספר תיק ניכויים	מס' קולקטיב בפניקס	מס' קולקטיב בפניקס
אוראל אביאל	904178027	052-2736221	318119	318119
שם המבוטח	ת.ז.	טלפון	תאריך סיום העבודה	
אוראל אביאל	0291257770			

שחרור הכספים במלואם לטובת המבוטח

הננו מצהירים כי המבוטח הפסיק את עבודתו. נא לשחרר לטובת המבוטח את הפוליסה במלואה ו/או הזכויות בקרן הפנסיה. מצ"ב טופס 161 + טופס 161 א' ו/או הנחיות פקיד שומה.

שם מעסיק	תאריך	חתימה וחומת המעסיק
אוראל אביאל	31082019	X

הוראות המבוטח לאחר עזיבה

הנחיות המבוטח - כספי הפיצויים

- ☒ משכית כספי הפיצויים שהצטברו בפוליסה, נא למלא טופס בקשה לפדיון
- ☐ השארת כספי הפיצויים הפטורים ככספי פיצויים נזילים ומותרים למשיכה בכל עת בניכוי מס רווח מריבית
- ☐ השארת הפיצויים בקופה משלמת לקצבה למטרת תשלום קצבה חודשית

מסמכים אותם חובה לצרף להודעה זו

ביטוח חיים - הוראות המבוטח - להמשך הפוליסה

מספר פוליסה לעדכון שינוי

המשך הפוליסה בבעלותי לפי תכנית ביטוח רגילה	הרשאה לבנק לחיוב חשבון
* במידה וסומן תגמולים לעצמאיים יש למלא את טבלת המוטבים המצ"ב בהמשך	
** במידה וסומן תגמולים לעצמאיים יש למלא הצהרת FATCA-CRS המצ"ב בהמשך	
במלואה	
לפי סכום ביטוח בסך ש"ח	מתוקף צו איסור הלבנת הון התשע"ז-2017, נדרש לצרף צילום ת"ז, טופס הכר את הלקוח ותוספת שנייה.
לפי פרמיה ש"ח	חובה לצרף טופס בקשה לריסק זמני
בתוכנית ביטוח שתחילתן לפני 06/2001, ידוע לי כי הפרמיה החדשה כפי שתוגדר תהיה צמודה למדד ותשאר קבועה לאורך כל חיי הפוליסה ולא ניתן יהיה להגדילה לרבות במעבר לתשלום לפוליסה על ידי מעסיק בתור שכיר לפי פוליסת ביטוח מנהלים.	
הסדר ריסק זמני מתאריך עזיבת העבודה בביטוח מנהלים:	הסכמת המעסיק החדש לקבלת הבעלות על הפוליסה. יש למלא טופס קבלת בעלות.
פוליסה שהופקה עד 2004 לתקופה של עד שנה	
פוליסה שהופקה החל מ-2004 לתקופה של עד שנתיים	
העברת הבעלות למעסיק חדש, במלואה - מס' הפוליסה	
סילוק הפוליסה בבעלותי במלואה, או לאחר פדיון חלקי - מס' פוליסה	

מינוי מוטבים - למועמד לביטוח

שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קריבה	% חלקים
				נ	נ	
				נ	נ	
				נ	נ	
				נ	נ	

לא מונו מוטבים למקרה מוות - יהיו המוטבים יורשי החוקיים של המבוטח.
בכל מקרה ביטוח שאינו מות המבוטח, המוטב יהיה המבוטח.

CRS-FATCA

האם אתה אזרח ארה"ב? ☒ כן ☐ לא
האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? ☒ כן ☐ לא
ארץ לידה: _____
*במידה והנך תושב ארה"ב יש לצרף טופס W-9 ולציין שם פרטי ושם משפחה באנגלית.
**במידה והנך תושב ארה"ב לצרכי מס, החברה אינה רשאית למכור מוצר מסוג זה לתושב ארה"ב לצרכי מס.

שם פרטי באנגלית

שם משפחה באנגלית

האם יש לך תושבות לצרכי מס במדינה נוספת מלבד ישראל? ☒ כן ☐ לא

במידה וענית 'כן' אנא ציין מדינות תושבות ומספר TIN עבור כל מדינה:

מדינה	מספר TIN
1.	
2.	
3.	

הנני מצהיר בזאת כי הנני משלם מס כדין בכל אחת ממדינות התושבות שצינתי וכי חתמתי על הצעה זו ולרבות ההצהרות שבה נעשתה בישראל.
בחתימתי הנני מאשר כי הבנתי את משמעות הצהרותי וכי הנני מסכים לאמור בהן.

חתימת בעל הפוליסה

16112020

תאריך חתימה

מסמכים אותם חובה לצרף להודעה זו

קין פנסיה - הוראות המבוטח להמשך החשבון בקרן

(מס' החשבון בקרן)

1. ☐ המשך החשבון בקרן לפי פרמיה בסך ש"ח _____
2. ☐ בקשה להסדר ריסק זמני
3. ☐ המשך באמצעות מעסיק החדש
4. ☐ הקפאת החשבון בקרן וביטול הכיסויים לנכות ושארירים
5. ☒ משיכת כספי פיצויים

חתימות החתימה להלן מהווה הסכמה לכל הכתוב לעיל

חתימת המבוטח

תאריך

ז.ז.

שם המבוטח