

טופס מינוי מוטבים

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת / חברת הביטוח			
יש לציין עבור איזו קרן/פוליסה נדרש העדכון – אם לא יצוין, המוטבים ירשמו בכל קרנות הפנסיה ופוליסות הביטוח של המבוטח, ככל שישנן בחברה			
<input type="radio"/> הפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ	הפניקס פנסיה מקיפה	209	
<input type="radio"/> הפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ	הפניקס פנסיה משלימה	671	
<input checked="" type="radio"/> הפניקס חברה לביטוח בע"מ	הפניקס ביטוח	קופת ביטוח	3763716010
<input type="radio"/> הפניקס חברה לביטוח בע"מ	פוליסת ביטוח	מחלות קשות / תאונות אישיות	
שם החברה המנהלת / חברת הביטוח	שם קרן הפנסיה / קופת הביטוח	קוד קרן הפנסיה / קופת הביטוח / פוליסת ביטוח	מספר חשבון של העמית בקרן / מספר פוליסת ביטוח

פרטי העמית / פרטי המבוטח						
מתן	שפר	שם פרטי*	שם משפחה*	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין
				2 0 1 3 3 7 1 5 1	18 / 04 / 1989	נ
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין*	מצב משפחתי

להלן פרטי המוטבים שאני ממנה כזכאים לכספים הרשומים לזכותי בקרן ו/או בפוליסה לאחר מותי והכל בכפוף לתנאים שנקבעו בתקנון הקרן:

שם פרטי*	שם משפחה*	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה	כתובת	קרבת משפחה	חלק ב- %
דנה	שפר	304868029	09/07/1990	רימלט אלימלך 10, רמת גן	ב. זוג	100.00

סה"כ:

*** ככל שלא ימולא החלק של המוטב באחוזים, בעת הפטירה יחולקו הסכומים והתגמולים באופן שווה בין המוטבים.**

ככל שאחד המוטבים המפורטים לעיל ילך לעולמו לפני, אני מורה כי הסכומים והתגמולים שהיו אמורים להיות משולמים לו לאחר פטירתי יועברו לאנשים הבאים:

☐ לשאר המוטבים בחלקים שווים

☐ לשאר המוטבים באופן יחסי לחלקם

☒ ליורשיי החוקיים (על פי צו ירושה או צו קיום צוואה)

☐ אחר: _____

הערה: בהיעדר שאירים (בקרן פנסיה) ובהיעדר הוראה לעניין מוטבים במועד קרות האירוע המזכה, הסכומים יועברו ליורשיי על פי דין או על פי צוואה והכל בכפוף להוראות התקנון.

אישורים

ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול קופת הפנסיה שלי / פוליסת הביטוח ותפעולה, ובכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות, תקנות הגנת הפרטיות, והנחיות רשם מאגרי מידע בהתאם לסמכותו לפי חוק הגנת הפרטיות.

☒ אני מסכים/ה 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 פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל: Infom@fnx.co.il או לכתובת: דרך השלום 53, גבעתיים 5345433.

<input checked="" type="checkbox"/>	X	2 8 / 0 2 / 2 0 2 1	תאריך חתימה
חתימת העמית/חתימת המבוטח			

פרטי בעל רישיון			
שם פרטי	שם משפחה	מס' בעל רישיון	מס' סוכן בחברה
דן-סוכנות לביטוח	אלי עופר	056216781	2866
שם פרטי	שם משפחה	מס' בעל רישיון	מס' סוכן בחברה

הצהרת בעל רישיון

אני, דן סוכנות לביטוח- אלי עופר שפרטיו לעיל, מצהיר בזאת ומאשר כי הוראת מוטבים זו נחתמה לפני ו/או מולאה לבקשת העמית / המבוטח לאחר שהעמית / המבוטח זוהה על ידי.

<input checked="" type="checkbox"/>	X	2 8 / 0 2 / 2 0 2 1	תאריך חתימה
חתימת בעל רישיון			