

**הודעה על שינויים בפרטי מבוסח** יש להעביר העתק קריא וברור מתעודת זהות כולל הספח לצורך אימות הנתונים

פרטי הסוכן	חגית גולדמן	57967	שם המפקח	מס' המפקח
	שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח

פרטי המבוסח - כפי שקיימים כיום במערכות החברה (לפני עדכון)				
בר-טל	דוד	0	7	3
שם משפחה	שם פרטי	0	7	3
30/06/1970	תאריך לידה	0	2	7

לתשומת ליבך פרטי ההתקשרות שצינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס.

FATCA			
bar tal	david	האם אתה אזרח ארה"ב? <input checked="" type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? <input checked="" type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
שם פרטי באנגלית	שם משפחה באנגלית	ארץ לידה:	תאריך חתימה
		*במידה וענית "כן" לאחד מהסעיפים לעיל יש לצרף טופס W-9 ולציין שם פרטי ושם משפחה באנגלית.	חתימת בעל הפוליסה

**מינוי מוטבים לפוליסות ביטוח חיים בלבד (לצורך עדכון מוטבים לקרן פנסיה יש להעביר טופס "יעודי לפנסיה")**

כל הפוליסות <input checked="" type="radio"/> מספר פוליסה לעידכון שינוי 0655578003					
שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה
שי בר טל	2	13/12/2008	גולדה מאיר 13 ראשל"צ	נ	בת
יובל בר טל	2	21/02/2011	גולדה מאיר 13 ראשל"צ	נ	בת
אורי בר טל	3	15/01/2014	גולדה מאיר 13 ראשל"צ	נ	בת
				נ	
במידה ולא נמסרו נתונים אחרים, המוטב למקרה חיים יהיה המבוסח / עמית בפוליסה.					
למקרה חיים					

**עדכון פרטים אישיים - להלן הפרטים שברצוני לעדכן**

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה*	מין*	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	רווקה <input type="radio"/> נשואה <input type="radio"/> גרושה <input type="radio"/> אלמנה <input type="radio"/>
שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה*	מין*	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	רווקה <input type="radio"/> נשואה <input type="radio"/> גרושה <input type="radio"/> אלמנה <input type="radio"/>
עיסוק בפועל**	תחביב**	טלפון בבית	טלפון נייד	טלפון בעבודה	
כתובת דואר אלקטרוני			כתובת למשלוח דואר		

\* ידוע לי שעדכון תאריך הלידה ו/ מין עלול לגרום לשינוי בתעריפי הביטוח, בצבירות החיסכון ובסכומי הביטוח.

\*\* ידוע לי כי בעקבות הודעתי על שינוי בעיסוק בפועל / בתחביב, עלולים לחול שינויים בתנאי החיתום אשר כתוצאה מהם אדרש לשלם פרמיה נוספת בכדי לשמור על גובה סכום הביטוח. כמו ידוע לי כי בעקבות הודעתי על שינוי בעיסוק בפועל/ בתחביב רשאתי חברת הביטוח לדרוש הצהרה מלאה על מצב בריאותי.

**הצהרות / ויתור סודיות ל- FATCA**

- אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד, תיתן לי החברה מידע ושרותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מתן שירותים ו/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות.
- אני הח"מ, בעל הפוליסה לביטוח, מסכים כי במקרה שבו אצהיר שאני אזרח או תושב ארצות הברית או במקרה שבו הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה לכך שיתכן ואני אזרח או תושב ארצות הברית וסירבתי לבקשת החברה למלא את הטפסים השוללים את קיומה של האינדיקציה בתוך פרק הזמן שהועמד לרשותי, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי זהויות שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה-FATCA.
- החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", לסוכן הביטוח המטפל ולגוף האחראי על דיווח בנושא FATCA.

16/08/2021	דוד בר-טל	X	חתימת בעל הפוליסה
תאריך	שם בעל הפוליסה		חתימת בעל הפוליסה

16/08/2021	דוד בר-טל	X	חתימת המבוסח
תאריך	שם המבוסח		חתימת המבוסח