

From: <ldanG3@fnx.co.il>
Sent: Wednesday, November 10, 2021 1:25 PM
To: Test_Fe@fnx.co.il
Subject: 10501854 תיקון



הפניקס ביטוח, השקעות ופיננסים
 דרך השלום 53, גבעתיים
www.fnx.co.il

עידן גבע
מנהל פרויקטים - מדור טכנולוגיות DATA
חטיבת טכנולוגיות מערכות מידע וחדשנות
מייל: idang3@fnx.co.il
טלפון: 03-7332122
נייד: 050-8654049

From: <llanitG2@fnx.co.il> אילנית גליקמן
Sent: Wednesday, November 10, 2021 12:34 PM
To: <ldanG3@fnx.co.il> עידן גבע
Cc: <NuritS@fnx.co.il> נורית שיר; <CheziK@fnx.co.il> חזי כמיליאן
Subject: אמנון - טפסים שנשלחו היום קליטת

מספר מנה 10501854 - נא בדיקתך

	חילוץ			טופס			מספר מנה	
	מספר חשבון	מספר סניף	מספר בנק	מספר חשבון	מספר סניף	מספר בנק		
חולץ מספר בנק שגוי לא חולצו מספר סניף וחשבון	-	-	11	200074	716	10	10501854	אמנון



הפניקס ביטוח, השקעות ופיננסים
 דרך השלום 53, גבעתיים

אילנית גליקמן
חטיבת טכנולוגיות מערכות מידע וחדשנות
מייל: llanitg2@fnx.co.il
טלפון: 5488

www.fnx.co.il

קוד מסמך 1289

נשלח באמצעות:	
<input type="radio"/>	דואר ישראל לכתובתכם
<input type="radio"/>	מייל: f1@fnx.co.il
<input type="radio"/>	פקס: 03-7337986
<input type="radio"/>	שיחה מוקלטת (לשימוש החברה)

לכבוד

הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה")

דרך השלום 53

גבעתיים, 5345433

הנדון: בקשה לפדיון כספים מפוליסת פרט (שאינה כפופה לתקנות קופות הגמל) שמועד תחילתה לפני שנת 2004

מוגשת לכם בזאת בקשתי שבנדון ("הבקשה"). חתימתי מטה מהווה אישור והצהרה בדבר נכונות הפרטים, ידיעתי והסכמתי לכל שנאמר בבקשה. בחירות בבקשה מסומנות ב- ✓.

הפדיון יבוצע <input type="radio"/> מכל הפוליסות <input checked="" type="radio"/> מפוליסות שמספריהן:			
1	2093048086	2	3
4		5	6

הפדיון יהיה

☐ מלא (90% ומעלה מהצבירה)

☒ חלקי: סכום של 150,000 ש"ח מהצבירה

ידוע לי כי:

- במקרה של פדיון מלא יבוטלו הכסויים הביטוחיים בפוליסות הללו שלושה ימים לאחר הגשת הבקשה. אם ארצה לחדשם תהיה החברה רשאית לדרוש ממני הוכחת מצב בריאות, ובעקבותיה לייקר את מחיר הביטוח או אף לסרב לבקשתי לחדשו.
- ביצוע הפדיון יקטין או אף יבטל את הכסוי הביטוחי הקיים בפוליסות הללו, ויפגע בזכויותי העתידיות בהן.
- יתרת חוב הלוואה (אם קיימת) תקוזז מן הפדיון שביקשתי.
- מכספי הפדיון ינוכה מס רווח הון על פי חוק.
- אשלם לכם כל תשלום שהייתי חייב לשלמו בהתאם לתנאי הפוליסה, אם הוא לא בוצע עקב הפדיון.
- ציין מהי סיבת הפדיון _____

אבקש להפקיד את כספי הפדיון ב ☒ חשבוני ☐ בחשבון על שם: _____ ☐ הנני מאשר העברת הכספים לצד ג'

פרטי החשבון להעברה: שם הבנק לאומי מס' בנק 10 שם סניף _____ מס' סניף 716 מס' חשבון 200074

ידוע לי ואני מורה לחברה כי לצורך טיפול בבקשתי למשיכת כספים ולטובתי, תפנה החברה לבנק הרלבנטי (להלן: "הבנק") באמצעות מרכז סליקה בנקאי (מס"ב) לאימות כל פרטי חשבון הבנק שמסרתי לחברה, לרבות שם מלא, מס' זיהוי ומס' חשבון, וזאת לצורך בדיקת תקינות פרטי חשבון הבנק שלי ועל מנת לוודא כי הכספים יועברו לחשבוני. הנני מאשר לבנק באמצעות מס"ב להשיב לבקשת האימות לעיל ובכך הנני מוותר על חובת הסודיות שהבנק ו/או החברה חייבים כלפיי תוך ויתור על כל טענה ו/או דרישה כלפי הבנק ו/או מס"ב ו/או החברה בנוגע להליך האימות כאמור. ידוע לי ואני מסכים כי תיעוד הליך האימות יישמר במאגרי החברה. עוד ידוע לי כי הנני רשאי לחזור בי מהסכמתי דלעיל.

מצורפים:

- ☒ צילום קריא של תעודת הזהות שלי הכולל את הספח.
- ☒ צילום צ'ק שבו נראים בברור פרטי החשבון, או אישור הבנק על ניהול החשבון. לחשבון זה נא הפקידו את כספי הפדיון.
- ☐ צילום קריא של תעודת הזהות של בעלי החשבון בו ביקשתי להפקיד את הפדיון ולציין את הקרבה _____.
- ☐ מולאו פרטי תוספת שלישית (ראה עמ' 2 לטופס).
- ☐ אנא שלחו לי עדכונים בתהליך ביצוע הפעולות בפוליסה לטלפון הנייד הר"מ, או לטלפון אחר כפי שאעדכן בעתיד.

חתימתי מהווה אישור והצהרה בדבר נכונות כל האמור בטופס זה. ☐ אני המבוטח ☐ אני מיופה כוח/אפוטרופוס של המבוטח (מצ"ב יפוי כוח/צו מינוי אפוטרופוס)

אמנון	מושקוביץ	0 0 6 4 0 4 2 3 0	03/11/2021
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	תאריך
בת גלים	חיפה		yigal@pes-con.com
כתובת (רח' ומספר)	ישוב	מס' טלפון	מס' טלפון נייד
			דואר אלקטרוני

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

סוכן יקר, אם המסמכים לא נמסרו על ידך למשרדי החברה באותו יום בו התקבלו אצלך, הרי שעליך למלא טופס "הודעה על מועד קבלת מסמכי המבוטח", המצוי בפורטל הסוכנים, ולהעבירו יחד עם בקשת המבוטח לחברתנו. יובהר כי ככל שלא יתקבל טופס כאמור, תראה החברה את מועד קבלת המסמכים בחברה, כמועד בו נתקבלו אצל הסוכן.

טופס הצהרת מוטב למקרה חיים/מוטב למקרה מוות
תוספת שלישית – (סעיף 5 (ד))

מס' הפוליסה/החשבון: _____ שם קופת הגמל: _____

אני: **אמנון מושקוביץ** (שם המוטב ובתאגיד מוטב – שם התאגיד), בעל מס' זהות: **006404230**

מצהיר בזה כי:

☒ אני פועל בשביל עצמי ולא בשביל אחר ואין נהנה זולתי מפעולת קבלת תגמולי הביטוח/משיכת הכספים מהחשבון.

☐ הנהנים מקבלת תגמולי הביטוח/משיכת הכספים מהחשבון הם:

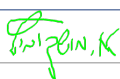
שם	מס' זהות ¹	תאריך לידה/התאגדות ²	מען
לא מונו מוטבים			-

בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא במקרה שבו המצהיר הוא תאגיד):

שם	מס' זהות ¹	תאריך לידה

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.

ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי-מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לחוק איסור הלבנת הון, תשע"ז-2017, מהווה עבירה פלילית.

	<input checked="" type="checkbox"/>		03/11/2021
חתימת			תאריך

1. לרבות שם המדינה שבה הוצא מסמך הזהוי.

2. ימולא אם חסר שם או מספר זהות.