



טופס עדכון פרטי ביטוח

טופס מספר 493

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת		
שם חברה מנהלת	שם קרן הפנסיה	קוד קרן הפנסיה
מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ	מגדל מקפת אישית	162

פרטי העמית					
שם פרטי*		שם משפחה*		מספר זהות / דרכון*	
יישוב*	ת.ד.	רחוב*	מס' בית*	מס' דירה	מיקוד

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

מסלול ביטוח בקרן (יש לבחור מסלול פנסיה אחד בלבד ואת גיל הפרישה)

שם מסלול הביטוח		גיל הפרישה במסלול
☐ (1) מסלול ביטוח 75% לנכות ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה לגביהם הכיסוי לשאירים יהיה נמוך מהכיסוי המירבי) - מסלול ברירת המחדל		67 ☐ 64 ☐ 62 ☐ 60 ☐
☐ (2) מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה לגביהם הכיסוי לנכות יהיה נמוך מהכיסוי המירבי) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 47 ומעלה לגביהם הכיסוי לשאירים יהיה נמוך מהכיסוי המירבי)		67 ☐ 64 ☐ 62 ☐ 60 ☐
☐ (3) מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה לגביהם הכיסוי לנכות יהיה נמוך מהכיסוי המירבי) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה לגביהם הכיסוי לשאירים יהיה נמוך מהכיסוי המירבי)		67 ☐ 64 ☐ 62 ☐ 60 ☐
☐ (4) מסלול ביטוח 75% לנכות ו-40% לשאירים		67 ☐ 64 ☐ 62 ☐ 60 ☐
☐ (5) מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 45 ומעלה לגביהם הכיסוי לשאירים יהיה נמוך מהכיסוי המירבי)		67 ☐ 64 ☐ 62 ☐ 60 ☐
☐ (6) מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו-40% לשאירים		67 ☐ 64 ☐ 62 ☐ 60 ☐
☐ (7) מסלול ביטוח לפורשים עד גיל 60, 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה לגביהם הכיסוי לנכות יהיה נמוך מהכיסוי המירבי) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 49 ומעלה לגביהם הכיסוי לשאירים יהיה נמוך מהכיסוי המירבי)		60 ☐
☐ (8) מסלול ביטוח לבן נבחר עם מוגבלות		67 ☐ 64 ☐ 62 ☐ 60 ☐
☐ (9) מסלול ביטוח אישי ציין את שיעור הכיסוי לנכות ושיעור הכיסוי לשאירים מהמשכורת הקובעת - שיעור כיסוי ביטוחי לנכות: 75% ☐ 62.5% ☐ 50% ☐ 37.5% ☐ שיעור כיסוי ביטוחי לשאירים: 100% ☐ 80% ☐ 60% ☐ 40% ☐		67 ☐ 64 ☐ 62 ☐ 60 ☐

שם לב, הטבלה הבאה מיועדת אך ורק למילוי בבחירת מסלול ביטוח (8) לבן נבחר עם מוגבלות					
פרטי בן עם מוגבלות	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
					ז ☐ נ ☐
	רחוב	יישוב	מס' בית	מס' דירה	מיקוד
					מספר טלפון

יותר על כיסוי ביטוחי למקרה מוות (עמית שגילו עד 60) - יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח

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

שים לב, בבחירה זו בויתור על כיסוי ביטוחי ינוכו דמי ביטוח בגין שמירה על תקופת אפשרה למקרה של חידוש הכיסוי הביטוחי, על מנת שבעת חידוש הכיסוי הביטוחי לא תתחיל תקופת אפשרה למקרה פטירה בת 5 שנים. ככל שהינך מעוניין כי עם חידוש הכיסוי הביטוחי לשאירים (בן/בת זוג וילדים), תתחיל תקופת אפשרה למקרה פטירה בת 5 שנים, הינך מוזמן לפנות למקדמון הלקוחות בחברה.

ידוע לי כי בחלוף שנתיים ממועד אישור הבקשה יחודש הכיסוי הביטוחי לשאירים וינוכו דמי ביטוח מחשבונתי, אלא אם אודיע לחברה בכתב כי אני מעוניין/ת להמשיך ולוותר על כיסוי ביטוחי זה.

שים לב! בן/בת זוג הוא מי שנשוי לעמית או מי שידוע בציבור כבן / בת זוג של העמית ומתגורר עמו.



שם	מספר זהות



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

נא סמן את האפשרויות הרצויות:

- ☐ אני בן/ת למעלה מ-60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לסיכונים נכות
- ☐ אני בן/ת למעלה מ-60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג ולילדים

בחירה באפשרות לקצבת נכות מתפתחת (סעיף שאינו חובה - לבחירת העמית)

☐ אני מבקש/ת להוסיף כיסוי ביטוחי נוסף לפיו אם אהיה זכאי/ת לקצבת נכות, תוגדל קצבת הנכות שתשולם לי בשיעור שנתי של 2%.

בחירה בביטול קצבת נכות כפולה (סעיף שאינו חובה - לבחירת העמית)

☐ אני מבקש/ת כי במקרה של זכאות לקצבת נכות, לא תשולם לי קצבת נכות עבור שני חודשי הקצבה הראשונים.

מסמכים מצורפים

☐ תעודת זהות (כולל ספח) / דרכון (לתושב זר) ** (במקרה וויתור על כיסוי ביטוחי)

אישורים

ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור כל מידע, למעט מידע שחלה עלי חובה למסור על פי דין לצורך קבלת השירותים, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול ותפעול קרן הפנסיה שלי, לרבות עיבוד מידע הקיים במערכות החברה והכל בכפוף להוראות הדין.

☐ 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 הודעות שיווקיות ודברי פרסומת, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל mokedpe@migdal.co.il או לכתובת ת.ד. 3778, קרית אריה, פתח תקוה, מיקוד 4951106.

חתימת
העמית

באפשרותך לבחור לקבל מסמכים והודעות מטעם החברה באחד מהאמצעים שמולאו בפרטי העמית:

- ☐ דואר אלקטרוני
- ☐ הודעת טקסט (מסרון)
- ☐ דואר

לידיעתך! אם לא תבחר באחת מהאפשרויות המפורטות, יישלחו אליך מסמכים והודעות כפי שנקבע בהוראות הדין.

זכויות וחובות העמית בקבוצות בתקנון קרן הפנסיה, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן הפנסיה: www.migdal.co.il

חתימת העמית*

תאריך*

חתימת בעל רישיון

תאריך

** למעט בבקשה שהוגשה דרך האזור האישי באתר האינטרנט של החברה ולאחר שהעמית עבר את שלבי הזיהוי הנדרשים.

(מהדורה 06.2018)

