

טופס עדכון פרטי ביטוח בקרן פנסיה מקיפה

יש לשלוח את הטופס מלא וחתום באמצעות המייל לכתובת - Hakamot.Pensya@infinity.co.il / פקס - 09-9542020

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת

שם החברה המנהלת*	שם קרן הפנסיה*	קוד קרן הפנסיה	מספר החשבון של העמית בקרן
אינפיוניטי השתלמות, גמל ופנסיה בע"מ	אינפיוניטי פנסיה מקיפה	14036	

פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	מספר זהות*
ישוב*	ת.ד.	רחוב*
בית*	דירה	מיקוד

פרטי בעל רישיון

שם פרטי	שם משפחה	מס' בעל רישיון	מס' סוכן בחברה	שם סוכנות

מסלול ביטוח בקרן

לתשומת ליבך! הגדלת שיעור הכיסוי הביטוחי, רכישת חלק מהכיסויים הביטוחיים הנוספים ודחיית גיל תום תקופת הביטוח מחייב תקופת אכשרה בהתאם לתקנון הקרן.

מסלולי הביטוח בקרן פנסיה נבדלים זה מזה בהיקף הכיסוי הביטוחי הניתן למקרה נכות או פטירה.

שם מסלול הביטוח	גיל תום תקופת ביטוח
☐ מסלול ביטוח 75% לנכות ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) להלן מסלול ברירת המחדל	
☐ מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 47 ומעלה)	
☐ מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה)	
☐ מסלול ביטוח 75% לנכות ו- 40% לשאירים	60 ☐
☐ מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 45 ומעלה)	62 ☐
☐ מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו- 40% לשאירים	64 ☐
☐ מסלול ביטוח לפורשים עד גיל 60, 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 49 ומעלה)	67 ☐
☐ מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו- 60% לשאירים	
☐ מסלול ביטוח מותאם: באפשרותך להרכיב לבד את השילוב הנכון עבורך על ידי בחירה של שיעור כיסוי ביטוחי לנכות ולשאירים, בהתאם לאפשרויות הבאות:	
שיעור כיסוי לנכות	75% ☐
שיעור כיסוי לשאירים	62.5% ☐
	50% ☐
	37.5% ☐
	100% ☐
	80% ☐
	60% ☐
	40% ☐
לידיעתך, ייתכן כי שילוב אותו בחרת בין נכות ולשאירים לא יעמוד במגבלות הוראות ההסדר התחיקתי ותקנון קרן הפנסיה של החברה, במקרה זה תישלח אליך הודעה בנושא ושיעורי הכיסוי הביטוחי יהיו בהתאם למסלול בו היית מבוטח טרם בקשת העדכון.	60 ☐
	62 ☐
	64 ☐
	67 ☐

כיסויי ביטוח נוספים

קצבת נכות כפולה:

עמית המבוטח בכיסוי זה יהא מבוטח בכיסוי ביטוחי נוסף לתשלום קצבת נכות בשיעור כפול במהלך שני חודשי הקצבה הראשונים.

☐ הנני מבקש **לרכוש** כיסוי ביטוחי לקצבת נכות כפולה (עלות הכיסוי הנוסף תיקבע בהתאם לתקנון קרן הפנסיה).

☐ הנני מבקש **לבטל** את הכיסוי הביטוחי לנכות כפולה.

קצבת נכות מתפתחת:

עמית המבוטח בכיסוי זה יהיה זכאי להגדלת קצבת הנכות המשולמת בשיעור שנתי של 2%.

☐ הנני מבקש **לרכוש** כיסוי ביטוחי לקצבת נכות מתפתחת (עלות הכיסוי הנוסף תיקבע בהתאם לתקנון קרן הפנסיה).

☐ הנני מבקש **לבטל** את בקשתי לכיסוי לקצבת נכות מתפתחת.

כיסוי ביטוחי משלים לקצבת נכות מתפתחת (לעמית שבחר בכיסוי לקצבת נכות מתפתחת)

☐ הנני מבקש **לרכוש** כיסוי ביטוחי משלים לקצבת נכות מתפתחת, הקובע כי במקרה פטירה בתקופת תשלום קצבת נכות מתפתחת, קצבת השאירים תקבע על בסיס גובה קצבת הנכות המתפתחת ערב הפטירה, ובהתאם לקבוע בתקנון הקרן.

☐ הנני מבקש **לבטל** את בקשתי לכיסוי ביטוחי משלים לקצבת נכות מתפתחת.

בן נבחר עם מוגבלות:

☐ הנני מבקש **לבטל** את בקשתי לכיסוי בעבור הבנים הנבחרים עם מוגבלות, כמפורט בטבלה מטה.

☐ הנני מבקש **לרכוש** כיסוי ביטוחי בעבור הבנים הנבחרים עם מוגבלות, כמפורט בטבלה מטה.

פרטי הבנים הנבחרים עם מוגבלות

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה	מין	אחוז מתוך קצבת שאירים לאלמן/ה
				נ / ז	10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐
				נ / ז	10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐

שים לב!

קצבת השאירים אשר תשולם לבן נבחר עם מוגבלות, תשולם על חשבון קצבת האלמן/ה.

לא ניתן לרכוש כיסוי ביטוחי לבן נבחר עם מוגבלות ובמקביל לערוך ויתור כלשהו על כיסוי ביטוחי למקרה מוות (לילדים או לבן/בת זוג).

במקרה של רכישת כיסוי לבן נבחר עם מוגבלות, יש לצרף אישור מהמוסד לביטוח לאומי על אחוזי הנכות הכללית של הבן הנבחר וכן אישור כי הנ"ל אינו מסוגל לכלכל את עצמו ואינו משתכר או בעל יכולת להשתכרות (יובהר כי נכות כללית אינה נחשבת כהכנסה).

כיסוי ביטוחי למקרה מוות (עמית שגילו עד 60)

במידה והינך מוותר על הכיסוי, יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספה

- ☐ הנני מבקש **לזוותר** על כיסוי ביטוחי לבן/בת הזוג בלבד. אין לי בן/בת זוג אך יש לי ילד שגילו פחות מ-21.
- ☐ הנני מבקש **לזוותר** על כיסוי ביטוחי לבן/בת הזוג וילדיהם. אין לי בן/בת זוג ואין לי ילד שגילו פחות מ-21.
- ☐ הנני מבקש **להוסיף** כיסוי ביטוחי לבן/בת הזוג וילדיהם.

ידוע לי כי בחלוף שנתיים ממועד אישור הבקשה יחודש הכיסוי הביטוחי לשאירים וינוכח דמי ביטוח מחשבוני, אלא אם אודיע לחברה בכתב כי אני מעוניין להמשיך ולזוותר על כיסוי ביטוחי זה.

ידוע לי כי אם יחול שינוי במצבי המשפחתי במהלך השנתיים ממועד אישור הבקשה, באפשרותי להודיע לחברה בכתב כי אני מעוניין לחדש כיסוי ביטוחי זה.

לידיעתך:

על עמית שוויתר על כיסוי ביטוחי לסיכוני מוות עבור שאירים או לבן זוג תחול תקופת אכשרה בתום תקופת הוויתור. באפשרותך לרכוש כיסוי לביטול תקופת האכשרה.

- ☐ הנני מבקש **לרכוש** כיסוי לביטול תקופת אכשרה במקרה של הגדלת הכיסוי הביטוחי לבן/בת זוג וילדיהם.
- ☐ הנני מבקש **לבטל** את הכיסוי לביטול תקופת אכשרה במקרה של הגדלת הכיסוי הביטוחי לבן/בת זוג וילדיהם.

שים לב! בן / בת זוג הוא מי שנשוי לעמית או מי שידוע בציבור כבן / בת זוג של העמית בהתאם לתקנון הקרן.

ויתור על כיסוי ביטוחי (עמית שגילו לפחות 60)

במידה והינך מוותר על הכיסוי, יש לצרף צילום תעודת זהות.

- ☐ הנני למעלה מ-60 ומבקש **לזוותר** על כיסוי ביטוחי לסיכוני נכות.
- ☐ הנני למעלה מ-60 ומבקש **להוסיף** כיסוי ביטוחי לסיכוני נכות.
- ☐ הנני למעלה מ-60 ומבקש **לזוותר** על כיסוי ביטוחי למקרה מוות לבן/בת זוג וילדיהם.
- ☐ הנני למעלה מ-60 ומבקש **להוסיף** כיסוי ביטוחי למקרה מוות לבן/בת זוג וילדיהם.

לידיעתך! הוספת כיסוי ביטוחי לסיכוני נכות ו/או למקרה מוות לבן/בת זוג וילדים תביא להרחבה של היקף הכיסוי הביטוחי שלך בקרן, וכתוצאה מכך תחול תקופת אכשרה בקרן לגבי החלק בכיסוי הביטוחי שהורחב, בכפוף לתקנון הקרן.

רשימת מסמכים מצורפים

- ☐ תעודת זהות או תעודת זהות ביומטרית - צילום של שני הצדדים כולל ספה (במקרה של ויתור על כיסוי ביטוחי).
- ☐ בעת בחירת כיסוי לבן נבחר עם מוגבלות - יש לצרף אישור מהמוסד לביטוח לאומי על אחוזי הנכות הכללית של הבן הנבחר וכן אישור כי הנ"ל אינו מסוגל לכלכל את עצמו ואינו משתכר או בעל יכולת להשתכרות (יובהר כי נכות כללית אינה נחשבת כהכנסה).
- ☐ בעת בחירה באחד ממסלולי הביטוח הנוספים נדרש להעביר אסמכתא עדכנית מקרן המעבירה המפרטת את מסלול הביטוח ושיעור הכיסוי הביטוחי אליו הינך משויך בקרן המעבירה.

אישורים

ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור כל מידע, למעט מידע שחלה עלי חובה למסור על פי דין לצורך קבלת השירותים, ו/או במסגרת הצטרפות למוצרי החברה, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, המידע שיימסר על ידי ו/או ייצבר אודותיי יישמר במאגרי המידע של החברה והמטרות שלשמן מבוקש המידע הן ניהול, שירות ותפעול, לרבות עיבוד והפקת מידע הקיים במערכות ביחס לחשבונותיי בחברה המנהלת, וזאת לצרכים תפעוליים, שיווקיים וסטטיסטיים, דיוור ישיר ומסירת המידע לצדדים שלישיים, והכל לצורך מימוש המטרות דלעיל או על פי כל דין ובכפוף להוראות הדין.

☐ אני מסכים לקבל מהחברה, ומחברות בקבוצה בה מנוייה החברה, הודעות שיווקיות ודברי פרסומת באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון, הודעות פקס, מערכת חיוג אוטומטית או כל אמצעי אחר, והכל בהתאם לפרטים השמורים במאגר המידע של החברה.

כמו כן ידוע לי שכדי להסיר את פרטיי מרשימת הדיוור לקבלת הודעות שיווקיות ודברי פרסומת, באפשרותי לפנות בכל עת לחברה בכתב לכתובת דוא"ל pensya@infinity.co.il או לכתובת החברה: המנופים 8 הרצליה פיתוח 4672559, או באופן בו שוגרה הפנייה.

חתימה:  X

☐ אני מסכים כי החברה תהא רשאית לשלוח אלי הודעות ומסמכים מטעם החברה באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון) במקום באמצעות הדואר.

שים לב! אם לא תבחר באחת מהאפשרויות לעיל, יישלחו אליך הודעות ומסמכים כפי שנקבע בהוראות הדין.

חתימה:  X

חתימת העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	תעודת זהות*	תאריך*	חתימה*
				X 

חתימה של בעל רישיון

שם פרטי	שם משפחה	תאריך*	חתימה*
			X 