טופס עדכון פרטי ביטוח בקרן פנסיה מקיפה

יש לשלוח את הטופס מלא וחתום באמצעות המייל לכתובת - Hakamot.Pensya@infinity.co.il / בפקס - 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
אינפיניטי השתלמות, גמל ופנסיה בע"מ	אינפיניטי פנסיה מקיפה	14036	

פרטי העמית

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

פרטי בעל רישיון

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

מסלול ביטוח בקרן

לתשומת ליבך! הגדלת שיעור הכיסוי הביטוחי, רכישת חלק מהכיסויים הביטוחים 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**	60 ☐ 62 ☐ 64 ☐ 67 ☐
☐	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	
☐	מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו - 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 45 ומעלה)	
☐	מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו - 40% לשאירים	
☐	מסלול ביטוח לפורשים עד גיל 60 , 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו - 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 49 ומעלה)	
☐	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: 37.5% ☐ 50% ☐ 62.5% ☐ 75% ☐ שיעור כיסוי לשאירים: 40% ☐ 60% ☐ 80% ☐ 100% ☐ 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	☐ 40% ☐ 30% ☐ 20% ☐ 10%
				נ / ז	☐ 40% ☐ 30% ☐ 20% ☐ 10%

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).

ניהול תיקי השקעות וחיסכון ◆ ניהול קרנות השתלמות, גמל ופנסיה ◆ ניהול הון וביטוח משפחתי
המנופים 8, ת.ד 2167 הרצליה פיתוח 4672559 | 09.9579000 | *3488 | פקס: 09.9542020 pensya@infinity.co.il www.infinity.co.il

כיסוי ביטוחי למקרה מוות (עמית שגילו עד 60)

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

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

☐ הנני מבקש **לוותר** על כיסוי ביטוחי לבן/בת הזוג ולילדים. אין לי בן/בת זוג ואין לי ילד שגילו פחות מ -21.

☐ הנני מבקש **להוסיף** כיסוי ביטוחי לבן/בת הזוג ולילדים.

ידוע לי כי בחלוף שנתיים ממועד אישור הבקשה יחודש הכיסוי הביטוחי לשאירים וינוכו דמי ביטוח מחשבוני, אלא אם אודיע לחברה בכתב כי אני מעוניין להמשיך ולוותר 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 וילדים.

☐ הנני מבקש **לבטל** את הכיסוי לביטול תקופת אכשרה במקרה של הגדלת הכיסוי הביטוחי לבן/בת זוג וילדים.

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 **לוותר** על כיסוי ביטוחי לסיכוני נכות.

☐ הנני למעלה מ - 60 ומבקש **להוסיף** כיסוי ביטוחי לסיכוני נכות.

☐ הנני למעלה מ - 60 ומבקש **לוותר** על כיסוי ביטוחי למקרה מוות לבן/בת זוג וילדים.

☐ הנני למעלה מ - 60 ומבקש **להוסיף** כיסוי ביטוחי למקרה מוות לבן/בת זוג וילדים.

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 ספח (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.

ניהול תיקי השקעות וחיסכון ◆ ניהול קרנות השתלמות, גמל ופנסיה ◆ ניהול הון וביטוח משפחתי
המנופים 8, ת.ד 2167 הרצליה פיתוח 4672559 | 09.9579000 | *3488 | פקס: 09.9542020 pensya@infinity.co.il www.infinity.co.il

אישורים

ידוע לי כי לא חלה עליי חובה חוקית למסור את המידע לאינפיניטי השתלמות, גמל ופנסיה בע"מ (להלן: "החברה") ומסירת המידע תלויה ברצוני החופשי ובהסכמתי.
מטרת מסירת המידע היא לצורך שירות, ניהול ותפעול שוטף של קופת הגמל ו/או קרן הפנסיה שברשותי (להלן: "המוצר"), ודיווח לפי דין, לרבות מילוי כל חובה חוקית החלה על החברה בקשר עם אספקת המוצר והוא ישמש למטרות אלה בלבד. המידע עשוי להימסר לצדדים שלישיים כמו, חברות מקבוצת אינפיניטי ניהול תיקי השקעות (בישראל ובעולם) בע"מ, סוכני ביטוח, ספקים ורשויות, לצורך מימוש מטרות אלה, קרי ניהול ותפעול שוטף של המוצר, בלבד.
אי הסכמה למסירת המידע, עלולה לגרום לפגיעה במטרות אלה לרבות יכולת החברה לספק את השירותים המבוקשים או תפעולם.
המידע יישמר במאגרי מידע שבניהול החברה והיא בעל השליטה במאגר כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981. למידע נוסף, ניתן לעיין במדיניות הפרטיות באתר החברה בכתובת: infinity.co.il/מדיניות-פרטיות. ידוע לי כי אני רשאי לפנות לחברה לשם עיון במידע אודותיי אשר ברשותה ולבקש לתקנו, או לכל עניין אחר הקשור בעיבוד המידע אודותי באמצעות פנייה לממונה הגנת הפרטיות בדוא"ל: dpo@infinity.co.il.

חתימה X _____

חתימת העמית

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

חתימה של בעל רישיון

שם פרטי	שם משפחה	תאריך*	חתימה*
			X

ניהול תיקי השקעות וחיסכון ◆ ניהול קרנות השתלמות, גמל ופנסיה ◆ ניהול הון וביטוח משפחתי
המנופים 8, ת.ד 2167 הרצליה פיתוח 4672559 | 09.9579000 | *3488 | פקס: 09.9542020 pensya@infinity.co.il www.infinity.co.il