

טופס עדכון פרטי ביטוח - הראל פנסיה



הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

כתובת מייל: hdcompension@harel-ins.co.il
 מס' פקס: 03-7348190
 ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל. 1-700-70-28-70

לתשומת לבך, בהתאם להוראות תקנון קרן הפנסיה עמית שנזקפים לחשבונו תשלומים על ידי הקרן כעמית נכה איננו רשאי לשנות את מסלול הביטוח שבחר וכן להוסיף או לגרוע כיסויים ביטוחים כמפורט בטופס זה.

א פרטי החברה המנהלת

שם החברה המנהלת	שם קרן הפנסיה	קוד קרן הפנסיה	מספר החשבון של העמית בקרן
הראל פנסיה וגמל בע"מ	הראל פנסיה	214	

ב פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	מס' זהות/דרכון*
אם ברצונך לבדוק את נכונות הפרטים או לעדכן אותם, באפשרותך לבצע זאת באיזור האישי שלך באתר הראל: www.harel-group.co.il		

ג פרטי בעל רישיון

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

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

ד מסלול ביטוח בקרן

שם מסלול הביטוח	גיל הפרישה במסלול
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 75% נכות ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה)	60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 75% נכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 47 ומעלה)	60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 75% נכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה)	60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 75% נכות ו-40% לשאירים	60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 37.5% נכות ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 45 ומעלה)	60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 37.5% נכות ו-40% לשאירים	60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח לפורשים עד גיל 60, 75% נכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 49 ומעלה)	60

בעת שינוי מסלול ביטוח בנסיבות בהן שיעור הכיסוי הביטוחי למקרה נכות/פטירה גבוה מהשיעור במסלול הקיים, תחול תקופת אכשרה לגבי אותו חלק בכיסוי הביטוחי שהוגדל עקב המעבר למסלול החדש, בהתאם להוראות תקנון הקרן.

ה נכות כפולה

הנך זכאי לכיסוי ביטוחי עבור קצבת נכות בשיעור כפול במהלך שני חודשי הקצבה הראשונים (פרנצ'יזה), בכפוף לאישור החברה ולהוראות התקנון. דמי ביטוח יגבו ממך בגין כיסוי ביטוחי זה.

קראתי את האמור לעיל ואני מבקש לשלם דמי ביטוח עבור כיסוי ביטוחי לקבלת נכות כפולה (פרנצ'יזה)

קראתי את האמור לעיל ואני מבקש לוותר על תשלום דמי ביטוח עבור כיסוי ביטוחי של קצבת נכות כפולה (פרנצ'יזה).

*תשומת לבך כי ככל ולא תסמן את אחת מהאפשרויות לעיל, ייגבו דמי ביטוח עבור כיסוי ביטוחי לקבלת נכות כפולה (ברירת המחדל בהתאם לתקנון הקרן).

ו נכות מתפתחת

באפשרותך לרכוש כיסוי ביטוחי המגדיל את קצבת הנכות שתשולם בשיעור שנתי ריאלי של 2% (קצבת נכות מתפתחת), בכפוף לאישור החברה ולהוראות התקנון. דמי ביטוח יגבו ממך בגין כיסוי ביטוחי זה.

קראתי את האמור לעיל ואני מבקש לשלם דמי ביטוח עבור כיסוי ביטוחי של קצבת נכות מתפתחת.

קראתי את האמור לעיל ואני מבקש לוותר על תשלום דמי ביטוח עבור כיסוי ביטוחי של קצבת נכות מתפתחת.

*תשומת לבך כי ככל ולא תסמן את אחת מהאפשרויות לעיל, לא יעודכן בחשבונך בקרן כיסוי ביטוחי של נכות מתפתחת ובהתאם לא ייגבו דמי ביטוח בגין כיסוי זה (ברירת המחדל בהתאם לתקנון הקרן).



dt13043

ז ויתור על כיסוי ביטוחי לשאירים / בן זוג של עמית מבוטח - 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 ולילדים. אין לי בן/בת זוג ואין לי ילד שגילו פחות מ-21.

ידוע לי כי בחלוף שנתיים ממועד אישור הבקשה יחודש הכיסוי הביטוחי לשאירים וינכד דמי ביטוח מחשבוני, אלא אם אודיע לחברה בכתב כי אני מעוניין/ת 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/ת לחדש כיסוי ביטוחי זה.

שים לב!

- בן/בת זוג הוא מי שנשוי לעמית או מי שידוע בציבור כבן/בת הזוג של העמית ומתגורר עמו.
- במידה ובחרת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג או שאירים, יגבו ממך דמי ביטוח עבור כיסוי בגין ביטול תקופת אכשרה לאחר סיום תקופת הוויתור. ככל וברצונך לוותר על כיסוי זה, עליך למלא את ההצהרה להלן.

תשומת לבך כי לאחר סיום תקופת הוויתור תחול תקופת אכשרה, בת 60 חודשים כהגדרתה בתקנון הקרן.

קראתי את האמור לעיל, ואני מאשר ומבקש לוותר על תשלום דמי ביטוח עבור כיסוי בגין ביטול תקופת אכשרה לאחר סיום תקופת הוויתור.

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

נא סמן את האפשרויות הרצויות:

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

ט מסמכים מצורפים

תעודת זהות (במקרה של ויתור על כיסוי ביטוחי)

י הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי מידע זה ויתר המידע אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת (בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS), וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.



חתימה:

תאריך:

בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס אי קבלת פרסומות והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum, באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף פנסיה וגמל. אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.



חתימת העמית*:

תאריך חתימה*:



חתימת בעל רישיון:

תאריך חתימה: