

הודעה על שינויים בפרטי מבוסח/ עמית / מינוי מוטביים יש להעביר העתק קריא וברור מתעודת הזהות לצורך אימות הנתונים

הודעה זו נמסרת ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ".

פרטי הסוכן	שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח
------------	----------	-----------	----------	-----------

פרטי המבוסח / העמית				
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה	

FATCA				
שם פרטי באנגלית	שם משפחה באנגלית	האם אתה אזרח ארה"ב? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא ארץ לידה: _____ <small>* במידה וענית "כן" לאחד מהסעיפים לעיל יש לצרף טופס W-9 ולציין שם פרטי ושם משפחה באנגלית.</small>		
תאריך חתימה	חתימת בעל הפוליסה			

מינוי מוטביים (עבור קופות גמל וקרנות השתלמות חובה להעביר טופס מקורי)

<input type="radio"/> כל הפוליסות <input type="radio"/> מספר פוליסה לעידכון שינוי _____						
שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים
				<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		
				<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		
				<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		
				<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		
במידה ולא נמסרו נתונים אחרים, המוטב למקרה חיים יהיה המבוסח / עמית בפוליסה.						
למקרה חיים				<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ		

עדכון פרטים אישיים

שינוי שם המבוסח / העמית	שינוי תאריך לידה	שינוי כתובת	שינוי כתובת למשלוח דואר
טלפון בבית	טלפון נייד	טלפון עבודה	כתובת דואר אלקטרוני

אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ, והפניקס פנסיה וגמל בע"מ. נא סמן לא כן
 הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שצינתי בטופס זה, כל מידע והודעה לרבות מידע שהועבר אלי עד כה בדואר רגיל, ולרבות דבר פרסומת כמשמעותו בחוק התקשורת (בזק ושירותים), התשמ"ב - 1982.
 ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני. נא סמן לא כן

שינוי מצב משפחתי	שינוי מקצוע / עיסוק / תחביב
שינוי מקצוע / עיסוק / תחביב	שינוי מקצוע / עיסוק / תחביב
מקצוע	עיסוק
תחביב	

ידוע לי כי בעקבות הודעתי על שינוי במקצוע/עיסוק/תחביב, עלולים לחול שינויים בתנאי החיתום אשר כתוצאה מהם אדרש לשלם פרמיה נוספת בכדי לשמור על גובה סכום הביטוח.
 כמו ידוע לי כי בעקבות הודעתי על שינוי במקצוע/עיסוק/תחביב רשאית חברת הביטוח לדרוש הצהרה מלאה על מצב בריאותי.

הצהרות / ויתור סודיות ל- FATCA

- אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד, תיתן לי החברה מידע ושרותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מתן שירותים ו/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות.
- אני הח"מ, בעל הפוליסה/המועמד לביטוח בפוליסה, מסכים כי במקרה שבו אצהיר שאני אזרח או תושב ארצות הברית או במקרה שבו הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה לכך שיתכן ואני אזרח או תושב ארצות הברית וסירבתי לבקשת החברה למלא את הטפסים השוללים את קיומה של האינדיקציה בתוך פרק הזמן שהועמד לרשותי, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הזיהוי שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה-FATCA.
- החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", לסוכן הביטוח המטפל ולגוף האחראי על דיווח בנושא FATCA.

תאריך	שם המבוסח / העמית	חתימת המבוסח / העמית
-------	-------------------	----------------------