



## מינוי/ עדכון מוטבים למקרה פטירה בפוליסות ביטוח חיים ובריאות

טופס מספר **568**

א. פרטי המבוטח					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>
מספר טלפון			כתובת דואר אלקטרוני		
מספר טלפון נייד					

## ב. מינוי / עדכון מוטבים

אני החתום מטה, מבקש למנות את הרשומים להלן, כמוטבים לתשלום במקרה פטירה ח"ח בפוליסות הרשומות על שמי, לפי הרשום מטה:

בכל הפוליסות  בפוליסות מספר: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה למבוטח	החלק ב-%

פוליסת מנהלים, במקרה פטירה ח"ח של המבוטח בתקופת העבודה, לפני תום תקופת הביטוח ולפני התחלת תשלומי הקצבה, ישולם רכיב הפיצויים שנצברו על ידי המעסיק אשר אצלו הועסק המבוטח בעת קרות מקרה הביטוח לשאיירים כהגדרתם בחוק פיצויי פיטורים, תשכ"ז – 1963 ובהתאם לאמור בחוק זה – וההפרש שיותר (ככל שקיים) ישולם למוטבים.

ככל שאחד המוטבים המפורטים לעיל ילך לעולמו לפני, אני מורה כי הסכומים והתגמולים שהיו אמורים להיות משולמים לו לאחר פטירתי יועברו לאנשים הבאים:

- לשאר המוטבים בחלקים שווים
- לשאר המוטבים באופן יחסי לחלקם
- ליורשי החוקיים (על פי צו ירושה או צו קיום צוואה)
- ליורשי המוטב שנפטר (על פי צו ירושה או צו קיום צוואה)
- אחר \_\_\_\_\_

הערה: בהיעדר הוראה למינוי מוטבים במועד קרות האירוע המזכה, הסכומים יועברו ליורשיי על פי דין או על פי צו קיום צוואה.

## ג. הצהרות

### הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

ידוע לי כי המידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור (ביחד להלן: "המידע") יישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן (ביחד להלן: "קבוצת מגדל") ו/או ישותף ביניהם, ויעובד בהתאם לשימושים המנויים במדיניות הפרטיות שנזכרת להלן, לרבות בכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות של פוליסות, תוכניות ו/או מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין.

אני מאשר שהמידע נמסר מרצוני ובהסכמתי, ולא חלה עליי חובה חוקית למסור אותו, וכן ידוע לי כי אי מסירת המידע תמנע מקבוצת מגדל את היכולת לספק לי את השירותים. אני מאשר כי המידע יועבר לצדדים שלישיים, לצורך המטרות הנ"ל, לרבות לסוכני ביטוח, בעלי רישיון, ספקים, מבטחי משנה, גורמים מתפעלים ונותני שירותים.

ידוע לי כי בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 הנני רשאי לעיין במידע שמנהל לגביי, וכי יש לי את הזכות לבקש את תיקוניו אם נמצא כי אינו שלם או מעודכן. בבקשה למימוש זכות העיון, ניתן לפנות למוקד קשרי הלקוחות באמצעות טלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני [mokedbi@migdal.co.il](mailto:mokedbi@migdal.co.il). מדיניות הגנת הפרטיות זמינה עבורך בכתובת <https://www.migdal.co.il/support/privacy-and-data-security> או באפליקציית מגדל.

- בקשה לשינוי מוטבים זו מבטלת כל הוראה קודמת למינוי ו/או שינוי מוטבים שניתנה לכם על ידי, וזאת ביחס למספר הפוליסה/ות המצוין לעיל.
- הוראה זו תיכנס לתוקף רק לאחר קבלתה בחברה.
- מובהר למען הסר ספק, כי ככל שיוקנו זכויות למוטבים ו/או ליורשים לקבלת כספים מהתוכנית/יות, זכויותיהם יהיו כפופות לזכויות החוסך/ת.

תאריך	שם המבוטח	חתימת מבוטח *

(מחזורת 05.2025)

