



## אישור חיים למקבל קצבה מקרן פנסיה

### Life certificate for pension fund Beneficiary

מספר ת.ז עמית/ה \_\_\_\_\_ (במידה ומשולמת קצבת שאירים, יש לציין את ת.ז המנוח/ה)

אני מוסר לכלל חברה לביטוח בע"מ מידע אישי מרצוני ובהסכמתי. לרוב אין חובה חוקית למסור את המידע, אך בלעדיו לא ניתן יהיה לרכוש את המוצר או לקבל את השירות לגביו לא אמסור את המידע. גופים מוסדיים בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ ישתמשו במידע זה, במידע אחר שבידם ובמידע שיגיע אליהם, כבעלי שליטה, לצורך אספקת שירות, ניהול עסקים, עמידה בהוראות החוק, פיתוח עסקי (כולל שיווק ופרסום מותאם אישית), להגנה על זכויותיהם ולשימושים לגיטימיים אחרים. המידע יועבר גם לגורמים המספקים לקבוצה שירותים שונים, לסוכני ביטוח, ולגורמים אחרים לפי דין, למטרות כאמור לעיל. פירוט נוסף אודות מטרות השימוש, למי יימסר המידע, דרכי ההתקשרות עם הממונה על הגנת הפרטיות בקבוצה וזכותך לבקש לעיין במידע האישי אודותיך במאגרי המידע ולבקש לתקנו אם אינו נכון, נמצא במדיניות הפרטיות בכתובת [www.clalbit.co.il](http://www.clalbit.co.il) (מדיניות הפרטיות - כלל ביטוח).

#### סוג הקצבה

קצבת נכות  Disability Pension קצבת שאירים  Survivors Pension קצבת זקנה  Allowance Pension

#### פרטי מקבל הקצבה

שם משפחה Last Name	שם פרטי First Name	תאריך לידה Date of Birth	מין Gender	מספר זהות ישראלית Israeli Identity number
			זכר <input type="checkbox"/> Male נקבה <input type="checkbox"/> Female	

#### כתובת

רחוב/ת.ד. Street/POB	מספר בית House Number	כניסה Entrance	דירה Apartment	יישוב Town
מיקוד Zip code	מדינה Country/State	כתובת דואר אלקטרוני Email Address		

#### מצב משפחתי

רווק/ה  נשוי/ה  אלמן/ה  גרושה  ידוע/ה בציבור  Single  Married  Widowed  Divorced  Common-law partnership

חתימת מקבל הקצבה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature of beneficiary \_\_\_\_\_

#### אישור (למילוי באחת השפות)

אני החתום מטה \_\_\_\_\_ מאשר בזה כי ביום \_\_\_\_\_ הופיע/ה בפני מר/גב' \_\_\_\_\_ שהזדהה/הזדהתה בפני לפי אמצעי זהיו \_\_\_\_\_ (סוג ומדינה) \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_, אישר/ה את נכונות התעודה וחתם עליה בנוכחותי.

\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ מיקום \_\_\_\_\_ חתימת וחותמת המאשר \_\_\_\_\_

I the undersigned \_\_\_\_\_ hereby certify that on the date \_\_\_\_\_ Mr./Ms. \_\_\_\_\_ appeared before me and proved his/her identity to me by \_\_\_\_\_ (type & country) identity card number \_\_\_\_\_, confirmed the truth and correctness of this certificate and signed it in my presents.

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Place \_\_\_\_\_ Signature of certifying authority and stamp \_\_\_\_\_