



**טופס בקשה לעיון במידע**

אל: בעל מאגר המידע - הפניקס פנסיה וגמל בע"מ ("החברה").

פרטים		
כתובת	מס' ת.ז.	אני הח"מ (שם מלא)
דוא"ל		מס' נייז
<p>בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981 והתקנות מכוחו, מבקש לאפשר לי לעיין במידע הדיגיטלי אודותי, המצוי במאגרי המידע שברשותכם, כמפורט להלן:</p> <p><b>אנא סמן את המידע שברצונך לעיין בו.</b></p> <p><input type="radio"/> פרטי התקשרות <input type="radio"/> נתונים אישיים</p> <p><b>מידע על מוצרים - אנא סמן מוצר מתאים:</b></p> <p><input type="radio"/> קרן פנסיה  <input type="radio"/> קופת גמל, גמל להשקעה  <input type="radio"/> קרן השתלמות  <input type="radio"/> אחר, פרט _____</p> <p><b>תביעות (פנסיה):</b></p> <p>אנא סמן האם מדובר בתביעת:</p> <p><input type="radio"/> זקנה <input type="radio"/> שאירים <input type="radio"/> נכות</p> <p>אנא ציין מס' תביעה _____ (אם יש מס' תביעות, אנא פרט לגבי איזו תביעה הנך מבקש לקבל מידע).</p> <p>מה תרצה לקבל לגבי התביעה:          פירוט: _____</p> <p><b>מידע בנושא תהליך אחר כגון:</b></p> <p>תהליך ההצטרפות לפוליסה, ניוז, פדיון, הלוואות, בקשות ומדעים. אנא פרט לגבי איזה תהליך מתבקש המידע וכן את התקופה הרלוונטית.          פירוט: _____</p> <p><b>שירות לקוחות:</b></p> <p>אנא פרט איזה מידע הנך מבקש בנושא שירות שקיבלת. רצוי לפרט יום ושעת קבלת השירות או תקופה תחומה בזמן.          פירוט: _____</p> <p>ככל והינך מעוניין במידע נוסף, אנא מקד אותנו מה המידע המבוקש ומהי התקופה הרלוונטית בגינה מתבקש המידע.          _____          _____          _____</p>		

חתימת מבקש העיון במידע		
	מס' ת.ז.	שם מלא
באמצעות בא כוח/אפוטרופוס:		
	מס' ת.ז.	שם מלא
יש לצרף ייפוי כוח חתום.		
<input checked="" type="checkbox"/>		תאריך
חתימה		

**לידיעתך, האזור האישי באתר החברה מספק לך גישה מהירה למידע אישי רב אודותיך. ככל שהינך מעוניין במידע שלא נמצא באזור האישי, יש למלא טופס זה ובקשתך תיבחן. את הטופס יש לשלוח לחברה בכתובת הדואר האלקטרוני: pniot@fnx.co.il**