

**בקשת הצטרפות/חידוש שכיר ל"הפניקס פנסיה מקיפה" / "הפניקס פנסיה כללית" בשילוב הצטרפות לקרן השתלמות/קופת גמל נא לצרף צילום ת.ז.**

יועץ פנסיוני/סוכנות/מפקח	שם יועץ/הסוכן	מס' סוכן	מספר מעסיק	חותמת תאריך קבלת הטופס
--------------------------	---------------	----------	------------	------------------------

**פרטי המבוטח**

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_  
 שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_  
 ת.ז.: \_\_\_\_\_ שם הקרן: \_\_\_\_\_  
 זכר  נקבה  רווק  נשוי  גרוש  אלמן   
 מין: \_\_\_\_\_ מצב משפחתי: \_\_\_\_\_ שם משפחה קודם: \_\_\_\_\_ שם האב: \_\_\_\_\_ מקצוע: \_\_\_\_\_ עיסוק בפועל: \_\_\_\_\_  
 כתובת: \_\_\_\_\_ ת.ד./מיקוד: \_\_\_\_\_ ישוב: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_ דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_  
 אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ, והפניקס פנסיה וגמל בע"מ.  כן  לא  
 הנני נותן בזאת לכם ולחברות הקשורות אליכם את הסכמתי לקבל באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני שציינתי 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.  כן  לא

**פרטי המעסיק**

שם המעסיק: \_\_\_\_\_ מספר חברה / ת.ז. המעסיק: \_\_\_\_\_ מועד הצטרפות/חידוש (לרבות חודשי עבודה רטרואקטיביים): \_\_\_\_\_  
 רחוב: \_\_\_\_\_ מספר: \_\_\_\_\_ ת.ד.: \_\_\_\_\_ יישוב: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_

אופן הגבייה  הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק)  אופן התשלום  חודשי  רבע שנתי  חצי שנתי  שנתי  הודעת תשלום

תאריך התחלת הביטוח: \_\_\_\_\_

**מינוי מוטבים למקרה מוות (תקף רק אם אין שאירים זכאים)**

שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קרבה	% חלקים
				1 / 2		
				1 / 2		
				1 / 2		

**בחירת תוכנית קרן השתלמות/קופת גמל**

- הפניקס תגמולים ופיצויים - אישור מ"ה 957 - מסלול כללי
- הפניקס תגמולים ופיצויים - אישור מ"ה 961 - מסלול מנייתי
- הפניקס תגמולים ופיצויים - אישור מ"ה 1355 - מסלול ללא מניות
- עמית קופה לתגמולים ופיצויים - אישור מ"ה 521
- הפניקס השתלמות - אישור מ"ה 964 - מסלול כללי
- הפניקס השתלמות - אישור מ"ה 968 - מסלול מנייתי
- הפניקס השתלמות - אישור מ"ה 1354 - מסלול ללא מניות

**פרטי ההפקדות לקרן השתלמות/קופת גמל**

1. תשלומים שוטפים: שכר העובד \_\_\_\_\_ ש"ח, תשלום העובד \_\_\_\_\_% תשלום מעסיק \_\_\_\_\_% תשלום פיצויים \_\_\_\_\_%  
 2. תשלומים רטרואקטיביים: הניכוי הכולל את הפקדתי ואת הפקדות העובד בסך \_\_\_\_\_ ש"ח, מופקד מתאריך \_\_\_\_\_ בעבור \_\_\_\_\_ חודשים הכל ממשכורת חודש \_\_\_\_\_.

**בחירת תוכנית פנסיה**

**בחירת מסלול "הפניקס פנסיה מקיפה" (נא לסמן X במסלול הפנסיה המבוקש)**

<input type="radio"/> נכות מתפתחת* (רק אם המבוטח בחר במסלול בסיסי, שאירים ממוצע או במסלול נכות מוגדל) <input type="radio"/> ללא כיסוי לשאירים** <input type="radio"/> ללא כיסוי לבן/בת זוג** (כיסוי לילדים בלבד) <input type="radio"/> ** אם למבוטח אין שאירים כהגדרתם בתקנון ולא מונה שאיר נוסף	<input type="radio"/> בסיסי* לגיל 64/67 (קוד 1)	<input type="radio"/> משווה לגיל 64/67 (קוד 6)	<input type="radio"/> נכות מוגדל לגיל 60 (קוד 14)
	<input type="radio"/> שאירים ממוצע* לגיל 64/67 (קוד 2)	<input type="radio"/> נכות מינימאלי לגיל 64/67 (קוד 7)	<input type="radio"/> זיקנה מוגדל לגיל 60 (קוד 15)
	<input type="radio"/> שאירים מוגדל לגיל 64/67 (קוד 3)	<input type="radio"/> בסיסי לגיל 60 (קוד 11)	<input type="radio"/> משווה לגיל 60 (קוד 16)
	<input type="radio"/> נכות מוגדל* לגיל 64/67 (קוד 4)	<input type="radio"/> שאירים ממוצע לגיל 60 (קוד 12)	<input type="radio"/> נכות מינימאלי לגיל 60 (קוד 17)
	<input type="radio"/> זיקנה מוגדל לגיל 64/67 (קוד 5)	<input type="radio"/> שאירים מוגדל לגיל 60 (קוד 13)	<input type="radio"/> זיקנה ללא ביטוח מגיל 60 (קוד 60)

**פרטי ההפקדות לקרן פנסיה**

השכר המבוטח בקרן הפנסיה	% רכיב פיצויים	% רכיב תגמולי מעסיק	% רכיב תגמולי עובד	% תגמולים לפי סעיף	הצמוד מדד	תקבול	צמוד תוספת יוקר עם תקרה
פנסית חובה: <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא (בהתאם לצו הרחבה לפנסית חובה)							צמוד תוספת יוקר בלי תקרה

סוג משרה:  רגילה  עונתית  שעתית

### הצטרפות לקרן הפנסיה

**◀ בחירת מסלולי השקעה ב"הפניקס פנסיה מקיפה" (לא ניתן להורות על שילוב "שיטת פניקס" עם מסלולי השקעה אחרים)**

בחירה ב"שיטת הפניקס" והגדרת טעמי ההשקעה במסלול זה

טעמי ההשקעה בכפוף להכשר ההילכתי\*  כן  לא (יש לסמן מסלול מבוקש)

טווח תקופת החיסכון לצורך השקעה עד גיל \_\_\_\_\_ (אפשרות בחירה בין 60 ל-80)

מידת סיכון רצויה  1. נמוך ביותר  2. בינוני נמוך  3. בינוני  4. בינוני גבוה  5. גבוה

מידת חשיפה רצויה להשקעות בחו"ל % \_\_\_\_\_ (טעמי השקעה שיוגדרו לא יחרגו בכל מקרה משיעורי המקסימום והמינימום כפי שהגדירה החברה מעת לעת)

טווח התקופה לניצול כספי הפיצויים  זהה לתקופת החיסכון  לטווח המיידית לאחר עזיבה

\* ההשקעות במסלול זה תהיינה בכפוף להכשר ההילכתי. ההשקעות תהיינה בסמכותה ובאחריותה הבלעדית של ועדת ההשקעות והחברה המנהלת תהיה מחוייבת לפעול בנאמנות כלפי העמיתים במסלול זה. השאת התשואה במסלול זה מוגבלת בכך שההשקעות בו כפופות להכשר ההילכתי.

**לא נבחרו טעמי השקעה או שנבחרו רק חלק מטעמי ההשקעה, יוגדרו טעמי ההשקעה כולם או חלקם בהתאם להגדרת החברה כקבוע בתקנון.**

בחירה במסלולי השקעה אחרים (ניתן להורות על שילוב בין מסלולי השקעות, למעט עם "שיטת הפניקס")

מסלול השקעות	שיעור ממרכיב הפיצויים	שיעור ממרכיב התגמולים	מסלול השקעות	שיעור ממרכיב הפיצויים	שיעור ממרכיב התגמולים
<input type="radio"/> הפניקס כללי	%	%	<input type="radio"/> הפניקס מנייתי	%	%
<input type="radio"/> הפניקס אג"ח קונצרני	%	%	<input type="radio"/> הפניקס קצר	%	%

**◀ אישור המעסיק לבחירת מסלול השקעה בשל מרכיב פיצויים**

הרינו נותנים הסכמתנו לבחירת העובד (אישור המעסיק נדרש אם לא חל הסכם לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים על מרכיב הפיצויים בכל אחד מהמקרים להלן):

1. העובד ביקש להשקיע את מרכיב הפיצויים במסלול שונה משיטת הפניקס.  
 2. העובד בחר בשיטת הפניקס אך קבע טעמי השקעה)

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך	חתימת המועמד לקרן הפנסיה	חתימת המעסיק
-------------------------------------	-------------------------------------	-------	--------------------------	--------------

**◀ שליטה על מרכיב פיצויים (חובה למלא)**

המעסיק יקבל לידיו את מרכיב הפיצויים במקרה הפסקת עבודה ללא זכאות לפיצויים.  
 זכאות בלא תנאי: תאריך תחילת העבודה: \_\_\_\_\_  מיידית  בתום 36 חודשי עבודה  בתום \_\_\_\_\_ חודשי עבודה (עד 36 חודשי עבודה)  
 סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים התשכ"ג-1963 - הסכם קיבוצי או צו הרחבה או "אישור כללי בדבר תשלומי מעביד לקרן הפנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצויי פיטורים"  
 ויתור בלתי מותנה של המעסיק על השליטה במרכיב פיצויים

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך	חתימת המועמד לקרן הפנסיה	חתימת המעסיק
-------------------------------------	-------------------------------------	-------	--------------------------	--------------

**◀ פרטי בן/בת הזוג**

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	תאריך לידה
---------	----------	------	--	------------

**◀ בקשה למינוי שאיר נוסף (ניתן למנות רק אם אין בת זוג. וניתור על כיסוי ביטוחי מבטל המינוי)**

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	תאריך לידה
---------	----------	------	--	------------

אב  אם  סבא  סבתא  אם בן/בת הזוג  אב בן/בת הזוג  סב בן/בת הזוג  סבתא בן/בת הזוג

קרבת השאיר הנוסף

**◀ פרטי הילדים עד גיל 21 (2 הצעירים)**

1	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	תאריך לידה
2	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	תאריך לידה

**◀ הצהרה על מצב בריאות**

במסגרת בקשתי להתקבל כמבוטח/ת בקרנות הפנסיה אשר בניהולכם, הריני להצהיר בזאת כי:

- איני נכה בצורה כלשהי ואיני נמצא/ת בהליך לאישורה של נכות.
- במהלך שלוש השנים האחרונות לא אושפזתי ו/או נדרשתי לאשפוז (כולל אשפוז יום).
- אין ולא היו לי אחת או יותר מהמחלות שלהלן ו/או סימניהן: לב, כל-דם, כבד, סרטן ו/או גידולים אחרים, סכרת, אירוע מוחי, שיתוקים, טרשת נפוצה, אלצהיימר, פרקינסון, מערכת השלד והתנועה (בעיות אורטופדיות).
- איני חולה/ת איידס ולא ידוע לי שאני נושא/ת נגיף איידס.
- איני נוטל/ת ולא נטלתי סמים.
- הניי בכומר עבודה מלא ולא הייתי/ת לעבודה ו/או נעדרתי מהעבודה לפרק זמן העולה על 10 ימי עבודה במהלך 12 החודשים האחרונים.
- איני מקבל/ת ולא נדרשתי ו/או קיבלתי טיפול תרופתי לתקופה העולה על 3 חודשים (בשל כל אירוע שהוא לרבות המחלות הנ"ל).

הערה: במידה ואינך יכול/ה להצהיר כאמור, עליך למלא הצהרת בריאות מפורטת.

<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך	חתימת המועמד לביטוח בקרן הפנסיה
-------------------------------------	-------	---------------------------------



### הרשאה לחיוב חשבון

שם המבוטח	ת.ז.	מס' פוליסה
-----------	------	------------

לכבוד	בנק	סניף	מס' החשבון בבנק	סוג החשבון	קוד סניף	קוד בנק
			<b>611</b>			
	כתובת הסניף		קוד מוסד	אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		

1	אני/ הח"מ	שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק			מס' ת.ז. / פ.ח.פ.
	כתובת	רחוב	מספר	עיר	מיקוד
2	נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבונינו הנ"ל בסניפכם, בגין פרמיות ביטוח חיים ו/או תשלומים לקרנות הפנסיה ו/או קופות הגמל ו/או קרן השתלמות המנוהלות על ידי "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ", בסכומים ובמועדים שיומציאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות על ידי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: הפניקס), כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה" ידוע לי/לנו כי:				
	א. הוראה זו ניתנת לביטול על-ידי הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הפניקס" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ", שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין. ב. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב. ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב, לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.				
3	ידוע לי/נו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעלינו להסדיר עם "הפניקס" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ".				
4	ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב על-פי הרשאה זו יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תשלח לי/לנו על-ידי הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.				
5	הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה, זה כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.				
6	הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.				
7	נא לאשר ל"הפניקס" בספח להלן קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.				

### פרטי ההרשאה

סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס" על פי תנאי הפוליסות ו/או תנאי התקנונים של הקרנות ו/או הקופות כפי שיהיו מעת לעת.

תאריך	<input checked="" type="checkbox"/> התימת בעל החשבון
-------	--

### אישור הבנק

לכבוד	מס' החשבון בבנק	סוג החשבון	קוד סניף	קוד בנק
	<b>611</b>			
	קוד מוסד	אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)		

לכבוד  
 הפניקס חברה לביטוח בע"מ  
 משרד ראשי: דרך השלום 35 גבעתיים 53435  
 טל: 03-7332222 פקס: 03-5735111

קבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

בכבוד רב,

תאריך	שם הבנק	מספר הסניף	<input checked="" type="checkbox"/> חתימה וחותמת הבנק
-------	---------	------------	---