

בקשת הצטרפות/חידוש שכיר ל"הפניקס פנסיה מקיפה" / "הפניקס פנסיה כללית" הסדרים

בקשת הצטרפות ל"הפניקס פנסיה מקיפה"/"הפניקס פנסיה כללית" בקשה לחידוש פוליסת פנסיה מקיפה/כללית מס'

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

פרטי המבוטח

שם פרטי	שם משפחה	שם הקרן <input type="radio"/> "הפניקס פנסיה מקיפה" <input type="radio"/> "הפניקס פנסיה כללית"		ת.ז.	תאריך לידה
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן	שם משפחה קודם	שם האב	מקצוע	עיסוק בפועל
מין	מצב משפחתי			דואר אלקטרוני	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. 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

פרטי המעסיק וההפקדות לקרן

שם המעסיק	מספר חברה / ת.ז. המעסיק	מועד הצטרפות/חידוש (לרבות חודשי עבודה רטרואקטיביים)
רחוב	מספר	ת.ד.
ישוב	מיקוד	טלפון
פקס		
השכר המבוטח בקרן הפנסיה	% רכיב פיזיויים	% רכיב תגמולי מעסיק
<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא (בהתאם לצו הרחבה לפנסית חובה)	סוג משרה: <input type="radio"/> רגילה <input type="radio"/> עונתית <input type="radio"/> שעתית	% תגמולים לפי סעיף
		<input type="radio"/> תקבול <input type="radio"/> צמוד תוספת יוקר עם תקרה
		<input type="radio"/> הצמוד מדד <input type="radio"/> צמוד תוספת יוקר בלי תקרה

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 ההילכת*	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא (יש לסמן מסלול מבוקש)
טווח תקופת החיסכון לצורך השקעה	עד גיל _____ (אפשרות בחירה בין 60 ל-80)
מידת סיכון רצויה	<input type="radio"/> 1. נמוך ביותר <input type="radio"/> 2. בינוני נמוך <input type="radio"/> 3. בינוני <input type="radio"/> 4. בינוני גבוה <input type="radio"/> 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 הפיזיויים	<input type="radio"/> זהה לתקופת החיסכון <input type="radio"/> לטווח המייד לאחר עזיבה

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

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 הפיזיויים	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

שליטה על מרכיב פיזיויים (חובה למלא)

המעסיק יקבל לידי את מרכיב הפיזיויים במקרה הפסקת עבודה ללא זכאות לפיזיויים.
 זכאות בלא תנאי: תאריך תחילת העבודה: _____ מייד בתום 36 חודשי עבודה בתום _____ חודשי עבודה (עד 36 חודשי עבודה)
 סעיף 14 לחוק פיזיו פיטורים התשכ"ג-1963 - הסכם קיבוצי או צו הרחבה או "אישור כללי" בדבר תשלומי מעביד לקרן הפנסיה ולקופת ביטוח במקום פיזיו פיטורים"
 ויתור בלתי מותנה של המעסיק על השליטה במרכיב פיזיויים

תאריך	חתימת המועמד לקרן הפנסיה	חתימת המעסיק
-------	--------------------------	--------------

אישור המעסיק לבחירת מסלול השקעה בשל מרכיב פיזיויים

הרינו נותנים הסכמתנו לבחירת העובד (אישור המעסיק נדרש אם לא חל הסכם לפי סעיף 14 לחוק פיזיו פיטורים על מרכיב הפיזיויים בכל אחד מהמקרים להלן):
 1. העובד ביקש להשקיע את מרכיב הפיזיויים במסלול שונה משיטת הפניקס. 2. העובד בחר בשיטת הפניקס אך קבע טעמי השקעה)

תאריך	חתימת המועמד לקרן הפנסיה	חתימת המעסיק
-------	--------------------------	--------------

אופן תשלום

הוראת קבע מצורפת המחאה / הפקדה בבנק

חתימת המעסיק והעובד

אני החתום מטה, המעסיק של המועמד לביטוח, מאשר ומסכים כי תצרפו את העובד לתוכנית כמפורט בהצעה והנני מתחייב להעביר אליכם את התשלומים לפוליסה זו כסדרם ובמלואם ע"פ השכר המבוטח ובכפוף להוראות החוק.

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

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"/> נכות מוגדל לגיל 60 (קוד 14) <input type="radio"/> זיקנה מוגדל לגיל 60 (קוד 15)	<input type="radio"/> משווה לגיל 64/67 (קוד 6) <input type="radio"/> נכות מינימאלי לגיל 64/67 (קוד 7)	<input type="radio"/> בסיסי* לגיל 64/67 (קוד 1) <input type="radio"/> שאירים ממוצע* לגיל 64/67 (קוד 2)
	<input type="radio"/> משווה לגיל 60 (קוד 16)	<input type="radio"/> בסיסי לגיל 60 (קוד 11)	<input type="radio"/> שאירים מוגדל לגיל 64/67 (קוד 3)
	<input type="radio"/> נכות מוגדל* לגיל 60 (קוד 17)	<input type="radio"/> נכות מינימאלי לגיל 60 (קוד 12)	<input type="radio"/> שאירים מוגדל* לגיל 64/67 (קוד 4)
	<input type="radio"/> זיקנה מוגדל לגיל 60 (קוד 60)	<input type="radio"/> זיקנה ללא ביטוח מגיל 60 (קוד 60)	<input type="radio"/> שאירים מוגדל לגיל 60 (קוד 5)

פרטי בן/בת הזוג

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	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	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה
<input type="radio"/> אב <input type="radio"/> אם <input type="radio"/> סבתא <input type="radio"/> אם בן/בת הזוג <input type="radio"/> אב בן/בת הזוג <input type="radio"/> סב בן/בת הזוג <input type="radio"/> סבתא בן/בת הזוג <input type="radio"/> קרבת שאיר הנוסף					

פרטי הילדים עד גיל 21 (2 הצעירים)

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

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

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

הצהרות לקרן הפנסיה

אני החתום/ה מטה מבקש/ת להתקבל כמבוטח/ת בקרנות הפנסיה בניהול "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ" (להלן: "הפניקס הפנסיה") ולאחר שבחנתי את האפשרויות העומדות לפני, מצהיר/ה בזה על אמיתות הפרטים וכי אם אתקבל כמבוטח/ת בקרנות הפנסיה:

א. הנני מתחייב/ת בזאת למלא אחר תקנוני קרנות הפנסיה, החלטות מוסדות הפניקס פנסיה וההוראות המחייבות.

ב. ידוע לי כי זכויותי וזכויות שאירי יקבעו בהתאם לתקנוני קרנות הפנסיה ולשינויים בהן עפ"י דרישת הממונה על שוק ההון באוצר או באישורו, בתנאי ששולמו דמי גמולים עבורי. כל עוד לא הופקדה הפקדה ראשונה לא אהיה מבוטח בקרן הפנסיה לנכות ושאירים. כן ידוע לי כי הפקדות עבור התקופה רטרואקטיבית למועד הכיסוי הביטוחי, אינו מקנה כיסוי לנכות ולשאירים. ידוע לי כי אם לא ציינתי את מסלול ההשקעה או מסלול ביטוח אהיה מבוטח במסלולי ברירת מחדל כקבוע בתקנון.

ג. ידוע לי כי התקרה החוקית להפקדות בקרן הפנסיה הינה 20.5% מכפל השכר הממוצע במשק, או כפי שיקבע בהסדר התחיקתי. אני מאשר על כן, כי כל הפקדה החורגת מתקרה זאת, תועבר לחשבון נפרד של "הפניקס פנסיה כללית". ידוע לי כי ב"הפניקס פנסיה כללית" יש מסלול השקעות כללי בלבד.

ד. הנני מצהיר/ה כי כל המידע המפורט לעיל, ניתן מרצוני לצורך קביעת זכויותי על פי תקנוני קרנות הפנסיה.

ה. הנני מסכים/ה כי כל המידע המפורט לעיל, ימסר לצורך עיבודו ואחסונו לכל אדם או גוף שהפניקס פנסיה ו/או מי מטעמה ימצאו לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981.

ו. הנני מצהיר/ה כי כתובתי בארץ היא כמצוין בטופס זה ותוכלו לפנות אלי לפיה עד שתתקבל ממני הודעה בכתב על שינוי כתובתי.

ז. הנני מצהיר כי ידוע לי כי במקרה בו לא אבחר לוותר על כיסוי על שאירים אזי, תיגבה ממני עלות הכיסוי הביטוחי לשאירים בהתאם להוראות התקנון, גם אם אין לי שאירים במועד הצטרפותי לקרן הפנסיה.

ח. ידוע לי כי היתור על כיסוי ביטוחי לבן זוג / לשאירים הינו לתקופה של 24 חודשים או עד לשינוי המצב המשפחתי והוא גובר על מינוי שאיר נוסף. הריני מתחייב להודיע לכם על כל שינוי במצבי המשפחתי. ידוע לי כי בתום התקופה אם לא תוגש בקשה חדשה אהיה מבוטח באותו מסלול ביטוח בצירוף ביטוח שאירים.

ט. לענייני מינוי שאיר נוסף, הריני מצהיר כי אין לי בן/בת זוג כהגדרתו בתקנון. ידוע לי כי זכויות השאיר הנוסף ייקבעו בהתאם לתקנון והפנסיה ליתומים או הזכות להחזרת כספים ייקבעו כאילו קיימת אלמנה הזכאית לפנסיה. ידוע לי כי מינוי שאיר נוסף יבוטל באופן אוטומטי אם יהיה לי בן/בת זוג כהגדרתו בתקנון והנני מתחייב להודיע לכם על כל שינוי במצבי המשפחתי באופן מיידי.

י. הנני מצהיר/ה ומאשר/ת כי הפרטים שמסרת בבקשה זאת הינם נכונים ומדויקים ואני מתחייב/ת להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטים אלה. ידוע לי כי קרן הפנסיה תהא רשאית לשלול ו/או להפחית תשלומים ו/או פנסיות ו/או זכויות כלשהן אם נמסרו פרטים בלתי נכונים ו/או בלתי מדויקים, שיש בהם כדי להשפיע על זכויותי בקרנות הפנסיה.

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

הצהרת בריאות – שאלון בריאות מקוצר		
משקל:	גובה:	לנשים: האם הינך בהריון? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
1. אין לי נכות כלשהי העולה על 35%. 2. לא אושפזתי בבית חולים כתוצאה ממחלה או תאונה ב-3 שנים האחרונות.		
3. אין לי היסטוריה של מחלות לב, סכרת או סרטן במשך 5 שנים אחרונות 4. אני לא חולה איידס ואיני נושא נגיפי איידס.		
הצהרה בנושא עישון: <input type="radio"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום <input type="radio"/> לא עישנתי מעולם <input type="radio"/> אינני מעשן לפחות 5 שנים		
<input checked="" type="checkbox"/> אם אינך יכול/ה לחתום על ההצהרה הנ"ל, אנא פנה/י לסוכן המטפל, ומלא/י באמצעותו הצהרת בריאות מפורטת		
תאריך	חתימת המבוטח	

יותר על סודיות רפואית		
אני הח"מ נותנת/ת בזאת רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדי הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיו הרפואיים או סניפיו, וכן, לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לחברות הביטוח, לשלטונות צה"ל ולמשרד הביטחון למסור להפניקס פנסיה וגמל בע"מ ו/או להפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: המבקש) את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, והנני משחרר/ת אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל, ומוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, וכן הנני מיפה את המבקש לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.		
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת המועמד לביטוח	

אישור יועץ פנסיוני / סוכן ביטוח פנסיוני			
הריני מאשר כי המבוטח חתם על הבקשה לאחר שקבל יעוץ על פי חוק הפיקוח על נכסים פנסיוניים (עיסוק ביעוץ פנסיוני ובשיוק פנסיוני) התשס"ה 2005			
תאריך	שם	מס' רשיון	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת יועץ פנסיוני/סוכן ביטוח פנסיוני