

בקשת הצטרפות/חידוש שכיר - לקרן "הפניקס פנסיה מקיפה" למסלול ברירת מחדל (מיוחד)

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

מס' סוכן מעסיק

פרטי המבוטח

<input type="radio"/> "הפניקס פנסיה מקיפה" <input type="radio"/> "הפניקס פנסיה כללית"		שם פרטי		שם משפחה		שם הקרן		ת.ז.		תאריך לידה	
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>		רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/>		שם משפחה קודם		שם האב		מקצוע		עיסוק בפועל	
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. כא סמן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן											
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. כא סמן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן											

פרטי המעסיק וההפקדות לקרן

שם המעסיק		מס' חברה/ת.ז. המעסיק		מועד הצטרפות/חידוש (לרבות חודשי עבודה רטרואקטיביים)		תאריך תחילת העבודה	
רחוב		מספר		ת.ד.		ישוב	
מספר		ת.ד.		ישוב		מיקוד	
טלפון		פקס		טלפון		פקס	
השכר המבוטח בקרן הפנסיה		% רכיב פיצויים		% רכיב תגמולי מעסיק		% רכיב תגמולי עובד	
פנסית חובה: <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 47		צמוד תוספת יוקר עם תקרה <input type="radio"/> תקבול <input type="radio"/> הצמוד מדד <input type="radio"/> צמוד תוספת יוקר בלי תקרה <input type="radio"/>	

הצהרה כללית

אני החתום/ה מטה מבקש/ת להתקבל כמבוטח/ת בקרנות הפנסיה בניהול "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ" (להלן: "החברה המנהלת") בהתאם לתקנוני הקרנות, מצהיר/ה בזה על אמינות הפרטים שמסרתי וכי אם אתקבל כמבוטח/ת בקרנות הפנסיה:

א. ידוע לי כי מועד הצטרפותי לקרנות הפנסיה הינו מועד התשלום הראשון בפועל של דמי גמולים עבורי. כל עוד לא הופקדה הפקדה ראשונה לא אהיה מבוטח בקרן הפנסיה לנכות ושאיירים. כן ידוע לי כי הפקדה עבור תקופה רטרואקטיבית אינה מקנה כיסוי לנכות ושאיירים ואינה נכללת בתקופת האכשרה.

ב. 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".

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

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

ה. ידוע לי כי הנני מצטרף או מחדש את הביטוח בקרן הפנסיה המקיפה, במסגרת ברירת המחדל, כפי שהן מוגדרות בתקנון הקרן, ובכלל זה במסלול הביטוח הבסיסי ללא כיסוי לנכות מתפתחת, ללא ביטול הפנסיה לשאיירים וללא מינוי שאר נוסף, ומסלול ההשקעה יהיה "שיטת הפניקס". ככל שאחליט לשנות החלטתי זו אגיש בקשה מתאימה.

ו. הנני מצהיר/ה ומאשר/ת כי הפרטים שמסרתי בבקשה זאת הינם נכונים ומדויקים ונמסרו מרצוני לצורך קביעת זכויותי בקרן ואני מתחייב/ת להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטים אלה בתוך 30 יום. ידוע לי כי קרנות 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.

הצהרה על מצב בריאות (אם אינך יכול/ה להצהיר כמפורט להלן, עליך למלא הצהרת בריאות מפורטת שניתן לקבלה במשרדי החברה)

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

- אין לי נכות ו/או נכויות העולות על 24% ואינני נמצא בהליך לאישורה של נכות.
- במהלך שלוש השנים האחרונות לא אושפתי ו/או נדרשתי לאשפוז (כולל אשפוז יום).
- אין ולא היו לי אחת או יותר מהמחלות ו/או סימני המחלות המפורטות להלן: מחלות לב, סרטן, סכרת, אירוע מוחי, טרשת נפוצה, אלצהיימר ו/או פרקינסון.
- אינני חולה/ת איידס ולא ידוע לי שאני נושא/ת נגיפי איידס.

באם יסתבר שהייתי צריך/ת למלא הצהרת בריאות מלאה ולא עשיתי זאת רשאית החברה לשלול זכויותי וזכויות שארי לפנסיה.

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

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן/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 שתירשע 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 מוותר/ת אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיהם 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 עובדי ו/או כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, וכן הנני מיפה את המבקש לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

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