

## בקשת הצטרפות/חידוש שכיר - לקרן "הפניקס פנסיה מקיפה" לפי הסכם ברירת מחדל (סוכניות הסדר)

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

מס' סוכן למעסיק

### פרטי המבוטח

<input type="radio"/> "הפניקס פנסיה מקיפה" <input type="radio"/> "הפניקס פנסיה כללית"		שם פרטי		שם משפחה		שם הקרן		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		מצב משפחתי		שם משפחה קודם		שם האב		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.											
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.											

### פרטי המעסיק וההפקדות לקרן

שם המעסיק		מס' חברה/ת.ז. המעסיק		מועד הצטרפות/חידוש (לרבות חודשי עבודה רטראקטיביים)		תאריך תחילת העבודה	
רחוב		מספר		ת.ד.		ישוב	
מספר		ת.ד.		ישוב		מיקוד	
טלפון		פקס		סוג משרה:		רגילה <input type="radio"/> עונתית <input type="radio"/> שעתית <input type="radio"/>	
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:		רגילה <input type="radio"/> עונתית <input type="radio"/> שעתית <input type="radio"/>	

### הצהרה כללית

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

- 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 ושאיירם. כן ידוע לי כי הפקדה עבור תקופה רטראקטיבית אינה מקנה כיסוי לנכות ושאיירם ואינה נכללת בתקופת האכשרה.
- ידוע לי כי התקרה החוקית להפקדות בקרן הפנסיה הינה 20.5% מכלל 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".
- 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.
- הנני מצהיר/ה כי כתובתי בארץ היא כמצוין בטופס זה ותוכלו לפנות אלי לפיה עד שתתקבל ממני הודעה בכתב על שינוי כתובתי.
- ידוע לי כי הנני מצטרף או חדש את הביטוח בקרן במסגרת ברירת המחדל, ובכלל זה במסלול הביטוח הבסיסי ללא כיסוי לנכות מתפתחת, ללא ביטול הפנסיה לשאיירם וללא מינוי שאר נוסף, ככל שאחליט לשנות החלטתי זו אגיש בקשה מתאימה.
- הנני מצהיר/ה ומאשר/ת כי הפרטים שמסרתי בבקשה זאת הינם נכונים ומדויקים ובמסרו מרצוני לצורך קביעת זכויותי בקרן ואני מתחייב/ת להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטים אלה בתוך 30 יום. ידוע לי כי קרן הפנסיה תהא רשאית לשלול ו/או להפחית תשלומים ו/או פנסיות ו/או זכויות כלשהן אם במסרו 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:
  - אינני נכה בצורה כלשהי ואינני 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, כלי-דם, כבד, סרטן ו/או גידולים אחרים, סכרת, אירוע מוחי, שיתוקים, טרשת נפוצה, אלצהיימר, פרקינסון, מערכת השלד והתנועה (בעיות אורתופדיות).
  - אינני חולה/ת איידס ולא ידוע לי שאני נושא/ת נגיפי איידס.
  - אינני נוטל/ת ולא נטלתי סמים.
  - הנני בכוסר עבודה מלא ולא הייתי בלתי כשיר/ה לעבודה ו/או נעדרתי מהעבודה לפרק זמן העולה על 10 ימי עבודה במהלך 12 החודשים האחרונים.
  - אינני מקבל/ת ולא נדרשתי ו/או קיבלתי טיפול תרופתי לתקופה העולה על 3 חודשים (בנוסף למחלות הנ"ל).
- באם יסתבר שהייתי צריך למלא הצהרת בריאות מלאה ולא עשיתי זאת רשאית החברה לשלול זכויותי וזכויות שארי לפנסיה.

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

### 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 לפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ ו/או לפניקס 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 מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף סניפיכם 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 עוזבי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, וכן הנני מיפה את המבקש לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

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