

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

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

שם 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	שם משפחה קודם		שם האב	מקצוע
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 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.  כן  לא

### פרטי המעסיק

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

### פרטי ההפקדות לקרן פנסיה

השכר המבוטח בקרן הפנסיה	% רכיב פיצויים	% רכיב תגמולי מעסיק	% רכיב תגמולי עובד	% תגמולים לפי סעיף	<input type="radio"/> הצמוד מדד <input type="radio"/> צמוד תוספת יוקר עם תקרה
פרמית מינימום בפנסיה חובה - 250 ש"ח	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			
מנהלים בהפרשות מלאות - 350 ש"ח					

### 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*	<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 הפיצויים	<input type="radio"/> זהה לתקופת החיסכון <input type="radio"/> 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	%	%

### 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

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

### 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)

תאריך	חתימת המעסיק
-------	--------------

<input type="radio"/> אופן הגבייה הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק) <input type="radio"/> הודעת תשלום	<input checked="" type="radio"/> אופן התשלום חודשי <input type="radio"/> רבע שנתי <input type="radio"/> חצי שנתי <input type="radio"/> שנתי	תאריך התחלת הביטוח
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------

**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"/>	
תאריך	חתימת המועמד לביטוח בקרן הפנסיה	חתימת המעסיק

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

<input type="radio"/> בסיס* לגיל 64/67 (קוד 1) <input type="radio"/> משווה לגיל 64/67 (קוד 6) <input type="radio"/> נכות מינימאלי לגיל 64/67 (קוד 7) <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 60 (קוד 11) <input type="radio"/> זיקנה מוגדל לגיל 60 (קוד 15) <input type="radio"/> שאירים מוגדל לגיל 64/67 (קוד 3) <input type="radio"/> בסיס לגיל 60 (קוד 17) <input type="radio"/> נכות מינימאלי לגיל 60 (קוד 12) <input type="radio"/> זיקנה מוגדל* לגיל 64/67 (קוד 4) <input type="radio"/> שאירים ממוצע לגיל 60 (קוד 13) <input type="radio"/> נכות מוגדל לגיל 60 (קוד 16) <input type="radio"/> זיקנה מוגדל לגיל 60 (קוד 17) <input type="radio"/> שאירים מוגדל לגיל 60 (קוד 13) <input type="radio"/> זיקנה מוגדל לגיל 60 (קוד 5)	<input type="radio"/> נכות מתפתחת* (רק אם המבוטח בחר במסלול בסיס, 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
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**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
---------	----------	------	-----	------------------------------------------------------	------------

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

קרבט השאיר הנוסף

**פרטי הילדים עד גיל 21 (2 הצעירים)**

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

**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/ה 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 הצטרפתי 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.

ט. הנני מצהיר/ה ומאשר/ת כי הפרטים שמסרתי 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"/>	חתימת המועמד לביטוח בקרן הפנסיה	תאריך
-------------------------------------	---------------------------------	-------

**הצהרה על מצב בריאות**

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

1. אינני נכה בצורה כלשהי ואינני נמצא/ת בהליך לאישורה של נכות.
  2. במהלך שלוש השנים האחרונות לא אושפזתי ו/או נדרשתי לאשפוז (כולל אשפוז יום).
  3. 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 ארטופדיות).
  4. אינני חולה/ת איידס ולא ידוע לי שאני נושא/ת נגיפי איידס.
  5. אינני נוטל/ת ולא נטלתי סמים.
  6. הנני בכושר עבודה מלא ולא הייתי בלתי כשיר/ה לעבודה ו/או נעדרתי מהעבודה לפרק זמן העולה על 10 ימי עבודה במהלך 12 החודשים האחרונים.
  7. אינני 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"/>		
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המועמד לביטוח בקרן הפנסיה	תאריך

**ויתור 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 שתיידרש 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 מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כ"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 בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

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

**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.

<input checked="" type="checkbox"/>				
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת יועץ פנסיוני/סוכן ביטוח פנסיוני	מס' רשיון	שם	תאריך

### 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 חשבוננו 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 שיומצאו 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, ויודיע 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)		

הפניקס חברה לביטוח בע"מ  
 משרד ראשי: דרך השלום 35 גבעתיים 45435  
 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
-------	---------	------------	-------------------------------------------------------