

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

יועץ פנסיוני/סוכנות/מפקח		שם היועץ/הסוכן		מס' סוכן		מספר מעסיק		חותמת תאריך קבלת הטופס	
פרטי מבטח									
שם פרטי		שם משפחה		שם הקרן		ס"ב מס' ת.ד.		תאריך לידה	
ז / נ		נ / ר / ג / א		שם משפחה קודם		שם האב		כתובת	
ת.ד./מקוד		ישוב		טלפון נייד		e-mail			
<p>הנני נותן בזאת את הסכמתי לכם ולחברות הקשורות אליכם לקבל באמצעות הדואר האלקטרוני שציננתי בטופס זה, כל מידע שהוא 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. <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p>									

פרטי המעסיק									
שם המעסיק / החברה		מס' חברה / ת.ד. המעסיק							
רחוב		מספר		ת.ד.		ישוב		מיקוד	
טלפון		פקס							

פרטי השכר									
השכר המבוטח בקרן הפנסיה		% רכיב פיצויים		% רכיב תגמולי מעסיק		% רכיב תגמולי עובד		% משרה	

בחירת מסלולי וטעמי השקעה (בהפניקס פנסיה מקיפה בלבד)									
בחירה במסלול שיטת הפניקס (לא ניתן להורות על שילוב עם מסלולי השקעות אחרים)									
טעמי השקעה לבחירה "שיטת הפניקס"									
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 המינימלי לאחר עזיבה							
*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 מסלולי השקעות אחרים למעט שיטת הפניקס)									
מסלול השקעות		שיעור ממרכיב הפיצויים		שיעור ממרכיב התגמולים					
<input type="radio"/> הפניקס כללי		%		%					
<input type="radio"/> הפניקס אג"ח קונצרני		%		%					
<input type="radio"/> הפניקס מנייתי		%		%					
<input type="radio"/> הפניקס קצר		%		%					

שליטה על מרכיב פיצויים (חובה למלא)									
<input type="radio"/> החזרת מרכיב הפיצויים למעסיק לפי הודעתו בכתב עם העתק לעובד, בתום 90 יום מיום הפסקת העבודה.									
<input type="radio"/> זכאות בלא תנאי: <input type="radio"/> מידי <input type="radio"/> בתום 36 חודשי עבודה <input type="radio"/> אחר _____ חודשי עבודה									
<input type="radio"/> 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									

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		<input checked="" type="checkbox"/>							
חתימת המעסיק									

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

בחירת מסלול ביטוח ב"הפניקס פנסיה מקיפה" בא לסמן X במסלול הפנסיה המבוקש

<input type="radio"/> מסלול בסיסי*	<input type="radio"/> מסלול משווה	<input type="radio"/> מסלול שאירים מוגדל לגיל 60	<input type="radio"/> נכות מתפתחת* (רק אם המבוטח בחר במסלול בסיסי, שאירים ממוצע או מסלול נכות מוגדל)
<input type="radio"/> מסלול שאירים ממוצע*	<input type="radio"/> מסלול נכות מינמאלי	<input type="radio"/> מסלול זיקנה מוגדל לגיל 60	<input type="radio"/> ביטול פנסיה לשאירים (אם למבוטח אין שאירים כהגדרתם בתקנון)
<input type="radio"/> מסלול נכות מוגדל*	<input type="radio"/> מסלול בסיסי לגיל 60	<input type="radio"/> מסלול משווה לגיל 60	
<input type="radio"/> מסלול שאירים מוגדל	<input type="radio"/> מסלול שאירים ממוצע לגיל 60	<input type="radio"/> מסלול נכות מינמאלי לגיל 60	
<input type="radio"/> מסלול זיקנה מוגדל	<input type="radio"/> מסלול נכות מוגדל לגיל 60		

נתונים נוספים

מקצוע	עיסוק בפועל	מועד הצטרפות/חיזוי (לרבות חודשי עבודה רטרואקטיביים)	מועד כיסוי ביטוחי (חודש הפקדה ראשון בפועל)
-------	-------------	---	--

פרטי בן/בת הזוג

שם פרטי	שם משפחה קודם	ס"ב	מס' ת.ז.	ז / נ	מין	תאריך לידה
---------	---------------	-----	----------	-------	-----	------------

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

שם פרטי	שם משפחה קודם	ס"ב	מס' ת.ז.	ז / נ	מין	תאריך לידה
---------	---------------	-----	----------	-------	-----	------------

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

קרבת השאיר הנסוף

פרטי ילדים עד גיל 21 (2 הצעירים)

1.	שם	ס"ב	מס' ת.ז.	ז / נ	מין	תאריך לידה
2.	שם	ס"ב	מס' ת.ז.	ז / נ	מין	תאריך לידה

מינוי מוטבים (תקף רק אם אין שאירים זכאים)

מקרה מוות	שם	ס"ב	מס' ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	ז / נ	מין	קרבה	% חלקים
	שם	ס"ב	מס' ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	ז / נ	מין	קרבה	% חלקים

הצהרה

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:

- הנני מתחייב/ת בזאת למלא אחר תקנוני קרנות הפנסיה, החלטות מוסדות הפניקס פנסיה וההוראות המחייבות.
- 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.
- 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".
- הנני מצהיר/ה כי כל המידע המפורט לעיל, ניתן מרצוני לצורך קביעת זכויותי על פי תקנוני קרנות הפנסיה.
- 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 הויתור 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.**
- לעניין מינוי שאיר נוסף, הריני מצהיר כי אין לי בן/בת זוג כהגדרתו בתקנון. ידוע לי כי זכויות השאיר הנוסף יקבעו בהתאם לתקנון והפנסיה ליתומים או הזכות להחזרת כספים יקבעו 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.
- 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.



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 אורתופדיות).
 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 (בנוסף למחלות הנ"ל).
- הערה: במידה ואינך יכול/ה להצהיר כאמור, עליך למלא הצהרת בריאות מפורטת.

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

← ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותנת 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 משחררת 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 כנ"ל, ומוותרת 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.

<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המועמד לביטוח בקרן הפנסיה	ס"ב מספר ת.ז.	שם המועמד לביטוח	תאריך
-------------------------------------	---------------------------------	------------------	------------------	-------

← אישור יעוץ פנסיוני / סוכן ביטוח פנסיוני

הריני מאשר כי המבוטח חתם על הבקשה לאחר שקבל יעוץ על פי חוק הפיקוח על נכסים פנסיוניים (עיסוק ביעוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני) התשס"ה 2005.

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