

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

יועץ פנסיוני/סוכנות/מפקח		שם היועץ/הסוכן		מס' סוכן		חותמת תאריך קבלת הטופס	
פרטי המבוטח							
שם פרטי		שם משפחה		<input type="radio"/> "הפניקס פנסיה מקיפה" <input type="radio"/> "הפניקס פנסיה כללית" ס"ב		מס' ת.ז.	
ז / נ		נ / ר / ג / א		שם האב		כתובת	
מיקוד		ישוב		טלפון ביד		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 התקשרות (בזק ושירותים), התשמ"ב - 1982.</p> <p>ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני. <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן</p>							
נתונים נוספים							
מקצוע		עיסוק בפועל		מועד הצטרפות/חידוש (לרבות תקופה רטרואקטיבית)		מועד הכיסוי הביטוחי (חודש הפקדה ראשון בפועל)	
פרטי בן/בת הזוג							
שם פרטי		שם משפחה קודם		מס' ת.ז.		ז / נ	
בקשה למינוי שאיר נוסף (ניתן למנות רק אם אין בת זוג. וויתור על כיסוי ביטוחי מבטל המינוי)							
שם פרטי		שם משפחה קודם		מס' ת.ז.		ז / נ	
<input type="radio"/> אב <input type="radio"/> אם <input type="radio"/> סבא <input type="radio"/> סבתא <input type="radio"/> אם בן/בת זוג <input type="radio"/> אב בן/בת הזוג <input type="radio"/> סב בן/בת הזוג <input type="radio"/> סבתא בן/בת הזוג							
קרבת השאיר הנסוף							
פרטי ילדים עד גיל 21 (2 הצעירים)							
שם		מס' ת.ז.		ז / נ		1.	
שם		מס' ת.ז.		ז / נ		2.	
מינוי מוטבים (תקף רק אם אין שאירים זכאים)							
שם		מס' ת.ז.		כתובת		ז / נ	
שם		מס' ת.ז.		כתובת		ז / נ	
למקרה חוץ		מס' ת.ז.		כתובת		ז / נ	
שם		מס' ת.ז.		כתובת		ז / נ	
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 שיוגדו 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							
*לא נבחרו טעמי השקעה או שנבחרו רק חלק מטעמי השקעה יוגדו טעמי השקעה 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		%		%			
בחירת מסלול ביטוח ב"הפניקס פנסיה מקיפה" מא לסמן X במסלול הפנסיה המבוקש							
מסלול בסיסי*		<input type="radio"/> מסלול משווה		<input type="radio"/> מסלול זיקנה מוגדל לגיל 60		<input type="radio"/> נכות מתפתחת*	
מסלול שאירים ממוצע*		<input type="radio"/> מסלול נכות מינמאלי		<input type="radio"/> מסלול שאירים מוגדל לגיל 60		(רק אם המבוטח בחר במסלול בסיסי, שאירים ממוצע או במסלול נכות מוגדל)	
<input type="radio"/> מסלול נכות מוגדל*		<input type="radio"/> מסלול בסיסי לגיל 60		<input type="radio"/> מסלול משווה לגיל 60		<input type="radio"/> ביטול פנסיה לשאירים	
<input type="radio"/> מסלול זיקנה מוגדל		<input type="radio"/> מסלול שאירים ממוצע לגיל 60		<input type="radio"/> מסלול נכות מינמאלי לגיל 60		(אם למבוטח אין שאירים כהגדרתם בתקנון)	
<input type="radio"/> מסלול שאירים מוגדל		<input type="radio"/> מסלול נכות מוגדל לגיל 60					

אחוז חלוקת דמי הגמולים לצורך קביעת ההכנסה המבוטחת בקרן הפנסיה

16% (ברירת מחדל - אם לא יסומן אחרת)
 _____ % (לא פחות מ- 10.00% ולא יותר מ- 20.5% בהתאם לתקנון).

דמי גמולים חודשיים

אופן תשלום

הוראת קבע מצורפת המחאה / הפקדה בבנק

חתימת המועמד לביטוח

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

הצהרה

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

- הנני מתחייב/ת בזאת למלא את התקנות הפנסיה, החלטת מוסדות הפניקס פנסיה וההוראות המחייבות.
- ידוע לי כי זכויותי וזכויות שאירי יקבעו בהתאם לתקנות 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 תקופה רטרואקטיבית למועד הכיסוי הביטוחי, אינו מקנה כיסוי לנכות ושאירים. ידוע לי כי אם לא ציינתי את מסלול ההשקעה או מסלול ביטוח אהיה מבוטח במסלולי ברירת המחדל 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 תקנות 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 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.
- לעניין 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 יבטל 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.

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

הצהרה על מצב בריאות

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 אורטופדיות).
- אינני חולה/ת איידס ולא ידוע לי שאני נושא/ת נגיפי איידס.
- אינני נוטל/ת ולא נטלתי סמים.
- הנני בכשר עבודה מלא ולא הייתי בלתי כשירה/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).

הערה: במידה ואינך יכול/ה להצהיר כאמור, עליך למלא הצהרת בריאות מפורטת.

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

יותר על סודיות רפואית

אני הח"מ נתב/ת בזאת רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיו 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 משהר/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 תהייה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזובי 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	שם המועמד לביטוח	ס"ב	מספר ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח בקרן הפנסיה
-------------------------------------	-------	------------------	-----	-----------	---------------------------------

אישור יועץ פנסיוני / סוכן ביטוח פנסיוני

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

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