

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

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

יועץ פנסיוני/סוכנות/מפקח	שם היועץ/הסוכן	מס' סוכן	חותמת תאריך קבלת הטופס
--------------------------	----------------	----------	------------------------

פרטי המבוטח

<input type="radio"/> "הפניקס פנסיה מקיפה" <input type="radio"/> "הפניקס פנסיה כללית"		שם הפרטי		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		שם האב		מקצוע		עיסוק בפועל	
כתובת		ת.ד./מיקוד		ישוב		נייד		דואר אלקטרוני			
<p>אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ, והפניקס פנסיה וגמל בע"מ.</p> <p>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.</p> <p>ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני.</p>											

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
<input type="radio"/> אב <input type="radio"/> אם <input type="radio"/> סבא <input type="radio"/> סבתא <input type="radio"/> אם בן/בת הזוג <input type="radio"/> אב בן/בת הזוג <input type="radio"/> סב בן/בת הזוג <input type="radio"/> סבתא בן/בת הזוג					
קרבת השאיר הנוסף					

פרטי הילדים עד גיל 21 (2 הצעירים)

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

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 ההילכת* כן לא (יש לסמן מסלול מבוקש)

טווח תקופת החיסכון לצורך השקעה עד גיל _____ (אפשרות בחירה בין 60 ל-80)

מידת סיכון רצויה 1. נמוך ביותר 2. בינוני נמוך 3. בינוני 4. בינוני גבוה 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 זהה לתקופת החיסכון לטווח המינימלי לאחר עזיבה

* ההשקעות במסלול זה תהיינה בכפוף להכשר ההילכת. ההשקעות תהיינה בסמכותה ובאחריותה הבלעדית של ועדת ההשקעות והחברה המנהלת תהיה מחוייבת לפעול באמנות כלפי העמיתים במסלול זה. השאת התשואה במסלול זה מוגבלת בכך שההשקעות בו כפופות להכשר ההילכת.

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	%	%

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 מוגדל לגיל 60 (קוד 14)	<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 64/67 (קוד 7)	<input type="radio"/> זיקנה מוגדל לגיל 60 (קוד 15)	<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 11)	<input type="radio"/> משווה לגיל 60 (קוד 16)	<input type="radio"/> משווה לגיל 60 (קוד 16)
<input type="radio"/> נכות מוגדל* לגיל 64/67 (קוד 4)	<input type="radio"/> שאירים ממוצע לגיל 60 (קוד 12)	<input type="radio"/> נכות מינימאלי לגיל 60 (קוד 17)	<input type="radio"/> נכות מינימאלי לגיל 60 (קוד 17)
<input type="radio"/> זיקנה מוגדל לגיל 64/67 (קוד 5)	<input type="radio"/> שאירים מוגדל לגיל 60 (קוד 13)	<input type="radio"/> זיקנה ללא ביטוח מגיל 60 (קוד 60)	<input type="radio"/> זיקנה ללא ביטוח מגיל 60 (קוד 60)

דמי הגמולים ואופן חלוקתם, לצורך קביעת ההכנסה המבוטחת בקרן הפנסיה

<input type="radio"/> 16% (ברירת מחדל - אם לא יסומן אחרת)	<input type="radio"/> _____ % (לא פחות מ- 10.00% ולא יותר מ- 20.5% בהתאם לתקנון).	דמי גמולים חודשיים (מינימום 250 ש"ח)
מועד הצטרפות/חידוש (לרבות חודשי עבודה רטרואקטיביים)		

אופן תשלום

הוראת קבע מצורפת

חתימת המועמד לביטוח

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

הצהרות לקרן הפנסיה

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:

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 ושאירי. כן ידוע לי כי הפקדות עבור התקופה רטרואקטיבית למועד הכיסוי הביטוחי, אינו מקנה כיסוי לנכות ולשאירי. ידוע לי כי אם לא ציינתי את מסלול ההשקעה או מסלול ביטוח אהיה מבוטח במסלולי ברירת מחדל קבוע 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. **ידוע לי כי היתור על כיסוי ביטוחי לבן זוג / לשאירי 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 שאירי.**

ח. לעניין מינוי שאיר נוסף, הריני מצהיר כי אין לי בן/בת זוג כהגדרתו בתקנון. ידוע לי כי זכויות שאיר 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 נמצאת/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 אורטופדיות).

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"/>			
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 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 להפניקס פנסיה וגמל בע"מ ו/או להפניקס 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 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 תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדיו 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		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"/>			
חתימת יועץ פנסיוני/סוכן ביטוח פנסיוני	מס' רשיון	שם	תאריך

שם המבוטח	ת.ד.	מס' פוליסה
-----------	------	------------

מס' החשבון בבנק	סוג החשבון	קוד סניף	קוד בנק
-----------------	------------	----------	---------

בנק	סניף
-----	------

לכבוד

קוד מוסד	6 1 1	אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)
----------	-------	-----------------------------------

כתובת הסניף

1. אב/ו הח"מ	שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק			מס' ת.ד. / ח.פ.
כתובת	רחוב	מספר	עיר	מיקוד
2.	<p>נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבונו/נו 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:</p> <p>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.</p> <p>ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.</p> <p>ג. אהיה/נהיה רשאי/ם 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.</p> <p>3. ידוע לי/נו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעלינו להסדיר עם "הפניקס" ו/או "הפניקס פנסיה וגמל בע"מ".</p> <p>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.</p> <p>5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה, זה כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.</p> <p>6. הבנק רשאי להוציא/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.</p> <p>7. נא לאשר ל"הפניקס" בספח להלן קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.</p>			

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"/>	חתימת בעל החשבון
-------	-------------------------------------	------------------

אישור הבנק

מס' החשבון בבנק	סוג החשבון	קוד סניף	קוד בנק
-----------------	------------	----------	---------

קוד מוסד	6 1 1	אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)
----------	-------	-----------------------------------

לכבוד

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 שתצגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נו 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 לביצוען, 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 בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

בכבוד רב,

תאריך	שם הבנק	מספר הסניף	חתימה וחותמת הבנק
-------	---------	------------	-------------------