

בקשה להסדר ביטוחי בהפניקס פנסיה מקיפה (ריסק זמני)

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

פרטים המבוטח

<input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> זכר	ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי
מין	תאריך לידה			
<input type="radio"/> רווק	<input type="radio"/> נשוי	<input type="radio"/> גרוש	<input type="radio"/> אלמן	מצב משפחתי
שם משפחה קודם	שם האב	טלפון	בייד	
מספר	ישוב	ת.ד./מיקוד	כתובת דואר אלקטרוני	רחוב
אבקש לעדכן כתובת זו ככתובתי למשלוח כל דואר הנשלח אלי מהפניקס חברה לביטוח בע"מ, והפניקס פנסיה וגמל בע"מ.	אם סמן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	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. אם סמן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן				

נתונים נוספים

תאריך הצטרפות	מקצוע	עיסוק בפועל	שכיר / עצמאי	סטטוס	תאריך ההסדר
---------------	-------	-------------	--------------	-------	-------------

פרטי בן/בת בזוג

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

פרטי ילדים עד גיל 21 (4 הצעירים)

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

הסדר ביטוחי

אבקש להצטרף להסדר ביטוח עד _____ .

אבקש להצטרף להסדר ביטוח עד לתקופה המקסימלית המותרת ע"פ התקנון.

ידוע לי כי הכיסוי הביטוחי לנכות ושאיירים יהיה בהתאם למסלול בו הייתי מבוטח ובהתאם להכנסה הקובעת לנכות ושאיירים שחושבה בחודש האחרון, הסכומים שאשלם כאמור לא יגדילו את יתרת הזכאות הצבורה לפנסית זיקנה ולא יוחזרו בפדיון כספים. אם לא יועבר תשלום מכל סיבה שהיא יבוטל הכיסוי הביטוחי לנכות ושאיירים ומעמדו יהיה כמבוטח לא פעיל.

זכאות להסדר ביטוחי

רק מבוטח פעיל רשאי להצטרף להסדר ביטוחי (מבוטח פעיל - מי שנמצא באורכת הביטוח. אורכת הביטוח הינה 5 חודשים לאחר הפסקת העבודה אלא אם מסר המבוטח בקשה לקבוע תקופה קצרה יותר).

תקופת ההסדר הביטוחי תיקבע לפי תקופת הביטוח הרצופה האחרונה בהפניקס פנסיה מקיפה או 24 חודשים, הנמוך מבין השניים.

אופן תשלום

הוראת קבע

תאריך	חתימת המבוטח
-------	--------------

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"ח 2005			
תאריך	שם	מס' רשיון	חתימת יועץ פנסיוני/סוכן ביטוח פנסיוני
			<input checked="" type="checkbox"/>