הפניקס חברה לביטוח בע"מ | הפניקס פנסיה וגמל בע"מ
פקס החברה לביטוח: 03-5735111 | פקס פנסיה וגמל: 03-7329021
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 53454
www.fnx.co.il | info@fnx.co.il

קשרי לקוחות
*3455 או
*הפניקס
(*294589)

הפניקס
כשזה חשוב לך, זה חשוב לנו.

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' _____

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

פרטי המבוטח

שם פרטי	שם משפחה	שם הקרן	ת.ז.	תאריך לידה
		◯ "הפניקס פנסיה מקיפה" ◯ "הפניקס פנסיה כללית"		

מין	מצב משפחתי	שם משפחה קודם	שם האב	מקצוע	עיסוק בפועל
◯ זכר ◯ נקבה	◯ רווק ◯ נשוי ◯ גרוש ◯ אלמן				

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. נא סמן ◯ לא ◯ כן

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 ושידורים), התשמ"ב - 1982.
ידוע לי כי אוכל להודיע לכם בכתב, בכל עת, על רצוני להסיר את שמי מרשימת התפוצה לקבלת מידע באמצעות הדואר האלקטרוני. נא סמן ◯ לא ◯ כן

פרטי המעסיק וההפקדות לקרן

שם המעסיק	מס' חברה/ת.ז. המעסיק	מועד הצטרפות/חידוש (לרבות חודשי עבודה רטרואקטיביים)

רחוב	מספר	ת.ד.	ישוב	מיקוד	טלפון	פקס

השכר המבוטח בקרן הפנסיה	% רכיב פיצויים	% רכיב תגמולי מעסיק	% רכיב תגמולי עובד	% תגמולים לפי סעיף 47	
					◯ תקבול ◯ צמוד תוספת יוקר עם תקרה ◯ הצמוד מדד ◯ צמוד תוספת יוקר בלי תקרה

פנסית חובה: ◯ כן ◯ לא (בהתאם לצו הרחבה לפנסית חובה) **סוג משרה:** ◯ רגילה ◯ עונתית ◯ שעתית

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*	◯ 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 המיידי 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
◯ **הפניקס כללי**	%	%	◯ **הפניקס מנייתי**	%	%
◯ **הפניקס אג"ח קונצרני**	%	%	◯ **הפניקס קצר**	%	%

שליטה על מרכיב פיצויים (חובה למלא)

◯ החזרת מרכיב הפיצויים למעסיק לפי הודעתו בכתב עם העתק לעובד, בתום 60 יום מיום קבלת המכתב.
◯ זכאות בלא תנאי: תאריך תחילת העבודה: _____ ◯ מיידי ◯ 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

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
		✓

אופן תשלום

◯ הוראת קבע מצורפת
◯ המחאה / הפקדה בבנק

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	חתימת המועמד לביטוח בקרן הפנסיה	חתימת המעסיק
	✓	✓

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

- ◯ בסיסי* לגיל 64/67 (קוד 1)
- ◯ שאירים ממוצע* לגיל 64/67 (קוד 2)
- ◯ שאירים מוגדל לגיל 64/67 (קוד 3)
- ◯ נכות מוגדל* לגיל 64/67 (קוד 4)
- ◯ זיקנה מוגדל לגיל 64/67 (קוד 5)
- ◯ משווה לגיל 64/67 (קוד 6)
- ◯ נכות מינימאלי לגיל 64/67 (קוד 7)
- ◯ בסיסי לגיל 60 (קוד 11)
- ◯ שאירים ממוצע לגיל 60 (קוד 12)
- ◯ שאירים מוגדל לגיל 60 (קוד 13)
- ◯ נכות מוגדל לגיל 60 (קוד 14)
- ◯ זיקנה מוגדל לגיל 60 (קוד 15)
- ◯ משווה לגיל 60 (קוד 16)
- ◯ נכות מינימאלי לגיל 60 (קוד 17)
- ◯ זיקנה ללא ביטוח מגיל 60 (קוד 60)

◯ **נכות מתפתחת***
(רק אם המבוטח בחר במסלול בסיסי, שאירים ממוצע או במסלול נכות מוגדל)
◯ **ללא כיסוי לשאירים****
◯ **ללא כיסוי לבן/בת זוג**** (כיסוי לילדים בלבד)
** אם למבוטח אין שאירים כהגדרתם בתקנון ולא מונה שאיר נוסף

פרטי בן/בת הזוג

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה
			◯ זכר ◯ נקבה	

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

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה
			◯ זכר ◯ נקבה	

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

קרבת השאיר הנוסף

פרטי הילדים עד גיל 21 (2 הצעירים)

	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מין	תאריך לידה
1				◯ זכר ◯ נקבה	
2				◯ זכר ◯ נקבה	

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		

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 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, יימסר 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 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.**

ח. 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 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 ומדוייקים 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 מדוייקים, שיש בהם כדי להשפיע על זכויותי בקרנות הפנסיה.

תאריך		חתימת המועמד לביטוח בקרן הפנסיה
		✓

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 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.

תאריך		חתימת המועמד לביטוח בקרן הפנסיה
		✓

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותנ/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 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, 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 בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

		✓
תאריך		חתימת המועמד לביטוח

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 ובשיווק פנסיוני) התשס"ה 2005

			✓
תאריך	שם	מס' רשיון	חתימת יועץ פנסיוני/סוכן ביטוח פנסיוני

הרשאה לחיוב חשבון

שם המבוטח	ת.ז.	מס' פוליסה

לכבוד

בנק	סניף

מס' החשבון בבנק	סוג החשבון	קוד סניף	קוד בנק

כתובת הסניף

611	
קוד מוסד	אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)

1. אני/ו הח"מ

שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק		מס' ת.ז. / ח.פ.

כתובת

רחוב	מספר	עיר	מיקוד

2. נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוני/נו הנ"ל בסניפכם, בגין פרמיות ביטוח חיים ו/או תשלומים לקרן הפנסיה המקיפה "הפניקס פנסיה", 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", שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.
   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.
   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.
3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעלי/נו להסדיר עם הפניקס.
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 לביצוען.
6. הבנק רשאי להוציאני/ו 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 המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

פרטי ההשראה

סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס על פי **תנאי הפוליסות ו/או תנאי קרן הפנסיה המקיפה "הפניקס פנסיה" כפי שיהיו מעת לעת.**

		✓
תאריך		חתימת בעל החשבון

אישור הבנק

לכבוד

הפניקס חברה לביטוח בע"מ

משרד ראשי : דרך השלום 35 גבעתיים 45435

טל: 03-7332222 פקס: 03-5735111

מס' החשבון בבנק	סוג החשבון	קוד סניף	קוד בנק

611	
קוד מוסד	אסמכתא (מספר מזהה של הלקוח בחברה)

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. 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