

טופס הצטרפות לקרן פנסיה

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת		
הפניקס פנסיה בע"מ	הפניקס פנסיה מקיפה	209
שם החברה המנהלת*	שם קרן הפנסיה*	קוד קרן הפנסיה

פרטי העמית						
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין*	<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין*	<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין*	<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין*	<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין*	<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין*	<input type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ

פרטי בן / בת זוג שם פרטי שם משפחה מס' זהות / דרכון תאריך לידה מין						
פרטי ילדים עד גיל 21 שם פרטי שם משפחה מס' זהות / דרכון תאריך לידה מין						
פרטי ילדים עד גיל 21 שם פרטי שם משפחה מס' זהות / דרכון תאריך לידה מין						
פרטי ילדים עד גיל 21 שם פרטי שם משפחה מס' זהות / דרכון תאריך לידה מין						
פרטי ילדים עד גיל 21 שם פרטי שם משפחה מס' זהות / דרכון תאריך לידה מין						
פרטי ילדים עד גיל 21 שם פרטי שם משפחה מס' זהות / דרכון תאריך לידה מין						

פרטי בן / בת זוג						
שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות / דרכון	תאריך לידה	מין		

פרטי ילדים עד גיל 21						
שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות / דרכון	תאריך לידה	מין		

פרטי המעסיק						
שם המעסיק*	כתובת המעסיק	ח.פ/עוסק מורשה	מספר טלפון*			

מסלול ביטוח בקרן						
שם מסלול הביטוח						
<input type="radio"/> מסלול ביטוח 75% נכות ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה)						
<input type="radio"/> מסלול ביטוח 75% נכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 47 ומעלה) (11)						
<input type="radio"/> מסלול ביטוח 75% נכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) (12)						
<input type="radio"/> מסלול ביטוח 75% נכות ו- 40% לשאירים (13)						
<input type="radio"/> מסלול ביטוח 37.5% נכות ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 45 ומעלה) (14)						
<input type="radio"/> מסלול ביטוח 37.5% נכות ו- 40% לשאירים (15)						
<input type="radio"/> מסלול ביטוח לפרושים עד גיל 60, 75% נכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 49 ומעלה) (16)						
<input type="radio"/> מסלול ביטוח 37.5% נכות ו- 60% לשאירים (17)						

מסלולי הביטוח בטופס ההצטרפות חושבו כך ששיעור הפרשה לרכיב לתגמולים יהיו 12.5%. ככל ששיעורי ההפרשות לרכיב תגמולי עובד ומעביד אשר מדווחים בגינן נמוכים מ- 12.5%, שיעור הכיסוי שיחול על יקבע לפי נספח ב' המתאים לגילך עפ"י התקנון.

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי הביטוח המפורטים בטבלה, תבטח במסלול הביטוח "מסלול ביטוח 75% נכות ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה)".

☐ אני מעוניין/ת בהוספה של כיסוי ביטוחי המגדיל את קצבת הנכות שתשולם בשיעור שנתי ריאלי של 2% (קצבת נכות מתפתחת).
☐ אני מבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לקבלת נכות כפולה בחודשיים הראשונים (פרנצ'יז).
☐ אני מעוניין/ת לוותר על הכיסוי לביטול תקופת אכשרה בתום תקופת הוויתור (ברות ביטוח).
 ויתור על כיסוי ביטוחי למקרה מוות (עמית שגילו עד 60) - יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח
☐ אני מבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת הזוג בלבד. אין לי בן/בת זוג אך יש לי ילד שגילו פחות מ-21.
☐ אני מבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג וילידים. אין לי בן/בת זוג ואין לי ילד שגילו פחות מ-21.
 ידוע לי כי בחלוף שנתיים ממועד אישור הבקשה יחודש הכיסוי הביטוחי לשאירים ויכונן דמי ביטוח מחשבוני, אלא אם אודיע לחברה בכתב כי אני מעוניין/ת להמשיך ולוותר על כיסוי ביטוחי זה.

שים לב! בן/בת זוג הוא מי שנשוי לעמית או מי שידוע בציבור כבן / בת זוג של העמית ומתגורר עמו.
 ויתור על כיסוי ביטוחי (עמית שגילו לפחות 60) - יש לצרף צילום תעודת זהות
☐ אני בן/בת למעלה מ-60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לסיכוני נכות
☐ אני בן/בת למעלה מ-60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג וילידים

מסלול השקעה בקרן

סמן את מסלול ההשקעה המבוקש ושיעור החלוקה המבוקש בין המסלולים (בין 0 ל- 100%):

רכיב תגמולים

מ"ה באוצר	קוד מסלול פנימי	שם מסלול השקעה	שיעור מתוך סכום ההפקדה
	9999	מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית-מסלול ברירת מחדל	
9974	50	מסלול לבני 50 ומטה	
9975	150	מסלול לבני 50 עד 60	
9976	250	מסלול לבני 60 ומעלה	
2187	60	הפניקס מסלול מניות	
2189	62	מסלול מתמחה שקלי טווח קצר	
9984	64	מסלול הלכה	
9983	52	הפניקס מסלול פאסיבי - מדדי מניות חו"ל	
9979	53	הפניקס מסלול פאסיבי - מדדי אג"ח חו"ל	
2188	61	הפניקס מסלול אג"ח	
9980	63	הפניקס מסלול אג"ח עד 25% מניות	
	8888	מסלול השקעות פאסיבי המשתנה ומותאם לפי גיל העמית	
12116	244	מסלול פאסיבי לבני 50 ומטה	
12117	245	מסלול פאסיבי לבני 50 עד 60	
12118	246	מסלול פאסיבי לבני 60 ומעלה	


רכיב פיצויים

מ"ה באוצר	קוד מסלול פנימי	שם מסלול השקעה	שיעור מתוך סכום ההפקדה
	9999	מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית-מסלול ברירת מחדל	
9974	50	מסלול לבני 50 ומטה	
9975	150	מסלול לבני 50 עד 60	
9976	250	מסלול לבני 60 ומעלה	
2187	60	הפניקס מסלול מניות	
2189	62	מסלול מתמחה שקלי טווח קצר	
9984	64	מסלול הלכה	
9983	52	הפניקס מסלול פאסיבי - מדדי מניות חו"ל	
9979	53	הפניקס מסלול פאסיבי - מדדי אג"ח חו"ל	
2188	61	הפניקס מסלול אג"ח	
9980	63	הפניקס מסלול אג"ח עד 25% מניות	
	8888	מסלול השקעות פאסיבי המשתנה ומותאם לפי גיל העמית	
12116	244	מסלול פאסיבי לבני 50 ומטה	
12117	245	מסלול פאסיבי לבני 50 עד 60	
12118	246	מסלול פאסיבי לבני 60 ומעלה	

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספך במסלול ברירת המחדל.

במקרה שבו לא נקבע בהסכם קיבוצי או הסכם אחר כי הפקדה לרכיב פיצויים תבוא במקום פיצויי פיטורים, בחירה במסלול השקעה לכספי פיצויים השונה ממסלול ברירת המחדל בקרן תותנה בקבלת אישור המעסיק.

דמי ניהול בקרן הפנסיה		
	0.5%	שיעור דמי ניהול מצבירה (שנתי)
	6%	שיעור דמי ניהול מהפקדה (חודשי)

עמית עצמאי 

לגבי עמית עצמאי בלבד - שיעור התגמולים הקובע ואופן חישוב ההכנסה הקובעת יהיו כדלקמן:

☐ 16% (ברירת מחדל)

☐ אחר: _____

שים לב! בחירה השונה משיעור ברירת המחדל של הקרן מותנה בהצגת אסמכתה שלפיה דמי הגמולים מההכנסה המבוטחת חושבו לפי שיעור שונה.

פרטי תשלום של עמית עצמאי		
ש"ח	תאריך תחילת גבייה	תדירות תשלום
סכום הפקדה		

למילוי על ידי עמית שמצטרף באמצעות הצטרפות ישירה (ללא סוכן פנסיוני, משווק פנסיוני או יועץ פנסיוני)

אישורים

ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את כל מידע, למעט מידע שחלה עלי חובה למסור על פי דין לצורך קבלת השירותים, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול קופת הפנסיה שלי, לרבות עיבוד מידע הקיים במערכות החברה והכל בכפוף להוראות הדין.

☐ אני מסכים/ה לקבל מהחברה, ומחברות בה מנויה החברה, הודעות שיווקיות ודברי פרסומת באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או כל אמצעי תקשורת אחר, והכל בהתאם לפרטים השמורים במאגר המידע של החברה.

כמו כן, ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיור לקבלת הודעות שיווקיות ודברי פרסומת, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל: Infom@fnx.co.il

או לכתובת: דרך השלום 53, גבעתיים 5345433.

באפשרותך לבחור לקבל מסמכים והודעות מטעם החברה באחד מהאמצעים שמולא בפרטי העמית: ☐ אמצעי דיגיטלי ☐ דואר

לידיעתך! אם לא תבחר באחת מהאפשרויות המפורטות, יישלחו אליך מסמכים והודעות כפי שנקבע בהוראות הדין.

	X
חתימה	

- זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן הפנסיה, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן הפנסיה: www.fnx.co.il

פרטי בעל רישיון				
שם פרטי	שם משפחה	מס' בעל רישיון	מס' סוכן בחברה	שם סוכנות

רשימת מסמכים מצורפים									
<ul style="list-style-type: none"> ○ הצהרת בריאות (בכפוף לשיקול הדעת של החברה המנהלת) ○ ייפוי כח - בהתאם להוראות הממונה ○ מסמך הנמקה בהתאם להוראות הממונה ○ טופס הוראה לחיוב חשבון - עצמאי (רשות) ○ הוראה להפקדה חד פעמית - עצמאי (רשות) ○ כתב מינוי אפוסטרופוס - (חובה ככל שאפוסטרופוס מעורב בתהליך) ○ טופס בקשה להעברת כספים - בהתאם להוראות הממונה (רשות) ○ תעודת זהות (במקרה של וויתור על כיסוי ביטוחי) ○ טופס הצהרת עמית עצמאי לפי צו איסור הלבנת הון (ככל שנדרש) ○ בקשה לסיווג התשלומים כתשלומים פטורים(רשות) 									
X									
חתימת העמית*						תאריך חתימה			
X									
חתימת בעל רישיון						תאריך חתימה			
X									
חתימת אפוסטרופוס						תאריך חתימה			

ק		לא		הצהרת בריאות - הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן:
				גובה _____ משקל _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 האם נקבעה לך נכות מטעם המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון או גורם אחר /או הינך נמצא בהליך לאישורה של נכות?		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 האם אושפזת ו/או נדרשת לאישפוז (כולל אישפוז יום) במהלך 3 השנים האחרונות?		
				3 האם חלית באחת או יותר מהמחלות שלהלן:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	א מחלת לב וכלי דם		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ב גידול שפיר או ממאיר (סרטן)		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ג מחלת נשימה		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ד מחלת כליות ודרכי שתן		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ה מחלת עיכול, כבד, הפטיטיס או לבלב		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ו מחלת חילוף חומרים כגון סוכרת או יתר שומנים בדם		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ז מחלה נירולוגית כגון אירוע מוחי, טרשת נפוצה פרקינסון או אפילסיה		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ח בעיה או הפרעה נפשית		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ט הפרעה או כאבים במערכת השלד או מחלה ראומטולוגית		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	י נשא HIV, איידס		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 האם השתמשת אי פעם או הינך משתמש בסמים מכל סוג שהוא? - אם כן, פרט: _____ סוג _____ תדירות _____ מועד הפסקה ____/____/____		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 האם הינך צורך יותר מ- 14 פחיות/ כוסות של משקאות חריפים בשבוע?		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6 האם סבלת בשנה האחרונה מהידרדרות בתפקוד השכלי/ קוגניטיבי?		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7 האם הינך מעשן או עישנת בעבר? - אם כן ציין: _____ כמות סיגריות ליום _____ מועד הפסקת עישון ____/____/____		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8 האם היית בלתי כשיר לעבודה ו/או נעדרת מהעבודה לפרק זמן העולה על 21 ימים ברציפות או על 30 ימים לא ברציפות במהלך 12 חודשי העבודה האחרונים?		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9 האם הינך מקבל ו/או קיבלת/ נדרשת לטיפול תרופתי לתקופה העולה על 3 חודשים (בשל כל אירוע שהוא לרבות האבחנות לעיל)?		

במידה ואחת מהתשובות חיובית, עליך למלא הצהרת בריאות מפורטת.

חתימה			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
חתימת המועמד לביטוח	ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי
			תאריך

ויתור על סודיות רפואית			
<p>אני הח"מ נותנת/נן 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 להפניקס פנסיה 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 משחררת 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, ומוותרת על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה 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 בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי.</p>			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
חתימת המועמד לביטוח בקרן הפנסיה			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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
חתימת יועץ פנסיוני/סוכן ביטוח פנסיוני	מס' רשיון	שם	תאריך

אישור מעסיק לבחירת מסלול השקעה לכספי פיצויים

הפניקס פנסיה בע"מ (להלן: "החברה")

מספר חשבון	שם יועץ / הסוכן / משווק פנסיוני	מספר יועץ / הסוכן / משווק פנסיוני
------------	---------------------------------	-----------------------------------

פרטי העמית				
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	טלפון	דואר אלקטרוני

העברת הטופס ישירות לחברה, הינה תנאי מקדים לביצוע הבקשה בהתאם לתנאי הפוליסה.
 יש להעביר את הטופס באמצעות המייל לכתובת sherutlife@fnx.co.il או לפקס מס' 03-7336948

אישור המעסיק לבחירת מסלול השקעה לכספי פיצויים

יש לחתום על סעיף זה אם נבחר מסלול השקעה לפיצויים שונה ממסלול ברירת מחדל – "מודל תלוי גיל".	תאריך	חתימה וחותמת המעסיק
--	-------	---------------------

חתימת העמית		
תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימת העמית

סוכן יקר, אם המסמכים לא נמסרו על ידך למשרדי החברה באותו יום בו התקבלו אצלך, הרי שעליך למלא טופס "הודעה על מועד קבלת מסמכי המבוטח", המצוי בפורטל הסוכנים, ולהעבירו יחד עם בקשת המבוטח לחברתנו. יובהר כי ככל שלא יתקבל טופס כאמור, תראה החברה את מועד קבלת המסמכים בחברה, כמועד בו נתקבלו אצל הסוכן.