

תאריך: _____

לכבוד: _____ חברה לביטוח

**הנדון: הודעה על עובד חדש לביצוע הסדר פנסיוני
כולל כיסוי זמני לתקופה של עד 90 יום**

	שכר לתנאים		שם משפחה
	טל בעבודה		שם פרטי
	טל נייד		ת.ז.
	כתובת מגורים		תאריך לידה
	E-mail	נ / ז	מין
כן / לא	זכאות לקרן השתלמות	ר / נ / ג / א +	מצב משפחתי + ילדים
	שכר לקרן השתלמות		תאריך תחילת עבודה
	% הפרשות לקרן השתלמות		תאריך זכאות לתנאים

הפרשות לפי אחוזים: פיצויים: % _____ תגמולי מעסיק: % _____ אובדן כושר עבודה ע"ח: מעסיק / עובד עד % _____ .
סעיף 14 - יש / אין הסכם בין העובד למעסיק עפ"י סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין (נא להקיף בעיגול התשובה המתאימה)
כיסוי זמני זה יתקזז מול כל ביטוח מנהלים ו/או קרן פנסיה אחרת הקיימים ממקום עבודתו הקודם של העובד וישולם רק הפרש סכום הביטוח. במקרה של מוות, והפרש הפיצוי במקרה של א.כ.ע. הקיזוז יכלול גם פוליסות מנהלים וקרן פנסיה הנמצאים בסטאטוס של ריסק לשנה.

בחברות הביטוח גובה הכיסוי הזמני- יהיה בכפולות שכר בניכוי השכר המבוטח בקרן פנסיה.
למקרה מוות 50 משכורות לרווק ו-100 משכורות לנשוי, מוגבל בתקרה של 1,000,000 ₪
למעט בחברת מגדל למקרה מוות רווק 25 משכורות ו-50 משכורות לנשוי מוגבל בתקרה של 1,500,000 ₪
למקרה א.כ.ע. בכל החברות: 75% מהשכר המבוטח, מוגבל בתקרה של 15,000 ש"ח

למילוי ע"י העובד < אבקש למנות את המוטבים הבאים:

מס'	שם משפחה ושם פרטי	מספר זהות	יחס קרבה	אחוז מהסכום
1.				%
2.				%
3.				%

* האם יש ברשותך תכנית פנסיונית תקפה (ממקום עבודה קודם): כן / לא (נא להקיף את התשובה הנכונה)
* האם היא: פעילה / לא פעילה / בריסק (נא להקיף את התשובה הנכונה)
* במידה ויש תוכניות נא למלא יפוי כח ב2 וציון את שמות הקופות ומספרי הפוליסות - נא לצרף צילום ת.ז. קריא.

הצהרת בריאות <

הנני להצהיר כי:

1. לא נקבע לי ע"י המוסד לביטוח לאומי, משרד הבטחון, או גורם אחר כלשהו- שיעור נכות של 35% או יותר, ולא הוגשה מטעמי בקשה אשר הדיון בה טרם הסתיים לקביעת דרגת נכות כאמור.
2. לא אושפזתי בבית חולים כתוצאה ממחלה או תאונה במשך שלוש השנים האחרונות.
3. אין לי היסטוריה של מחלות לב, לחץ דם גבוה, סוכרת או סרטן במשך שלוש השנים האחרונות.
4. אני לא חולה איידס ולא ידוע לי שאני נושא נגיפי איידס.
- גובה: _____ משקל: _____.
6. מחק את המיותר: _____ אינני מעשן/ת ולא עישנתי ב-5 שנים אחרונות.
- הנני מעשן/ת _____ סיגריות ביום במשך _____ שנים.
- עישנתי בעבר _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים, ומזה, _____ שנים איני מעשן.

תאריך _____ שם _____ ת.ז. _____ x חתימה _____

< ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נתן בזה רשות לקופות החולים ו/או לעובדיהם הרפואיים והאחרים ו/או למוסדותיהם הרפואיים ו/או לסניפיהם ו/או לשלטונות צה"ל, וכן לכל רופא, מוסדות רפואיים ובתי חולים אחרים, למוסד לביטוח לאומי ו/או כל מוסד תורם אחר למסור לחברת הביטוח בע"מ (להלן המבקש) את כל הפרטים ללא כל יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש" על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שהנני חולה בה כעת או שאחלה בה בעתיד (הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או מוסד ממוסדכם ו/או סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי וכן הנני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

תאריך _____ / _____ / _____ שם: _____ ת.ז. _____ x חתימה: _____

שם החותם מטעם המעביד: _____ תפקיד: _____ x חתימה: _____