

לצורך צילום ת.ז. + ספח

עדכון פרטים אישיים לצורך פגישה פנסיונית לעובד חברת

שם העובד _____ ת"ז _____ תאריך לידה _____

רחוב	מס' בית	עיר	טלפון נייד	טלפון בית	דוא"ל
------	---------	-----	------------	-----------	-------

נאים סוציאליים: שכר _____ ש"ח תחילת עבודה _____ עיסוק/תפקיד _____

זכאי ל פנסיה/ביטוח מלא פנסיית חובה בלבד קרן השתלמות סעיף 14
 זכאות לפנסיה/ב.מנהלים החל מ _____ פיצויים _____% תגמולי מעסיק _____% תגמולי עובד _____%
 זכאות לק.השתלמות החל מ _____% הפרשה מעסיק _____% הפרשה עובד _____%

חותמת המעסיק X _____ חתימת המעסיק X.

**** (למילוי ע"י העובד): סטאטוס משפחתי:** רווק/ה נשוי/ה גרושה/ה אלמן/ה **מין:** זכר נקבה

פרטים על תוכנית ביטוח קודמות* (תוכניות פעילות הן תוכניות שהופקד בהן כסף לפחות פעם אחת בחצי שנה האחרונה).

- אין לי עבר ביטוחי יש לי תוכניות לא פעילות יש לי תוכניות פעילות (אם ציינת "ש" נא לחתום על יפוי כוח מצ"ב)
- קרן פנסיה בחברת _____ ביטוח מנהלים בחברת _____ קרן השתלמות בחברת _____
- ק.גמל _____ ביטוח בריאות _____ סיימתי עבודה אצל מעסיק אחרון בתאריך: _____

טופס כתב כיסוי זמני ל 3 חודשים

הכיסוי הביטוחי יהיה כנהוג ע"פ הסכם הסוכנות מול חברת הפניקס

מינוי מוטבים למקרה מוות (במידה ולא ימולא המוטבים יהיו היורשים החוקיים)				
מס'	שם משפחה ופרטי	מס' זהות	יחס קרבה	אחוז מהסכום
1				%
2				%
3				%

הצהרת בריאות

יש לענות בכנות מלאה על כל ההיגדים:

אין לי נכות קיימת העולה על 25%.

לא אושפזתי בבית חולים כתוצאה ממחלה או תאונה בשנה האחרונה למעלה משבועיים.

אין לי היסטוריה של מחלות לב וסרטן בחמש השנים האחרונות.

אינני חולה באיידס ואינני נושא/ת נגיפי איידס.

← הנני מצהיר/ה בזאת כי אני מעשן לא מעשן 5 שנים לא עישנתי מעולם

הנני, החתום/ה מטה, נותן/ת בזאת רשות לקופ"ח ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, למוסד לביטוח לאומי ו/או לשלטונות צה"ל, לרופא המטפל בי בקביעות וכל רופא אחר שנמצאתי או אמצא אצלו בטיפולו וכן כל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למסור לחברת הביטוח: _____ (להלן: המבקש), את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש על-ידי המבקש ו/או הבאים בשמו, על מצבי הבריאותי, כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כיום וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותם והקשורים למצבי הבריאותי; אני משחררת/ת כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ומחלותי כאמור ולא תהייה לי טענה או תביעה מסוג כל שהוא כלפי מוסר מידע כאמור. כמו-כן אני מייפה את כוח המבקש לאסוף מידע שיראה לו חשוב בקשר לבריאותי. כן הנני פוטר/ת משמירת סוד לאחר מותי את הרופאים, האנשים האחרים השלטונות שהחברה יכולה לפנות אליהם בהתאם להצהרתי זו; כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזובני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

x

שם פרטי ומשפחה _____ מס' תעודת זהות _____ קופ"ח _____ חתימת העובד _____