

הנדון: הודעה על זכאות לתנאים פנסיונים לעובד חדש

פרטי הלקוח:

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	מעשן ב-5 שנים אחרונות
				ז / נ	ר / ג / א / נ+ / —	כן / לא כמות ביום
רחוב:	מספר:	עיר:				
מיקוד:	טלפון בבית:	טלפון נייד:				
אי-מייל בבית:	פקס בבית:	טלפון בעבודה:				
נייד עבודה:	אי-מייל בעבודה:	תפקיד/מקצוע				

❖ נא לצרף צילום תעודת זהות עם ספח פתוח

אנא סמן את כל הביטוחים שיש ברשותך:

סוג תוכנית	שם חברת הביטוח
ביטוח בריאות	<input type="checkbox"/> מגדל <input type="checkbox"/> מנורה <input type="checkbox"/> כלל <input type="checkbox"/> הראל <input type="checkbox"/> הפניקס <input type="checkbox"/> אחר: _____
ביטוח סיעוד	<input type="checkbox"/> מגדל <input type="checkbox"/> מנורה <input type="checkbox"/> כלל <input type="checkbox"/> הראל <input type="checkbox"/> הפניקס <input type="checkbox"/> אחר: _____
ביטוח חיים(ריסק)	<input type="checkbox"/> מגדל <input type="checkbox"/> מנורה <input type="checkbox"/> כלל <input type="checkbox"/> הראל <input type="checkbox"/> הפניקס <input type="checkbox"/> אחר: _____
ביטוח מחלות קשות	<input type="checkbox"/> מגדל <input type="checkbox"/> מנורה <input type="checkbox"/> כלל <input type="checkbox"/> הראל <input type="checkbox"/> הפניקס <input type="checkbox"/> אחר: _____

שאלון בריאות מקוצר	פרטי בני המשפחה
קופת חולים: _____ גובה: _____ ס"מ, משקל: _____ ק"ג 1. האם את/ה בעל נכות כלשהי(כיום או בעבר) או נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות? האם היית/הנך באובדן כושר עבודה מסיבה כל שהיא?.....כן / לא	שם ב. זוג
2. האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית?.....כן / לא	שם הילד/ה
3. האם הנך סובל/ת כיום או בעבר מאחת המחלות הבאות: • מחלות לב, כלי דם, יתר לחץ דם.....כן / לא • מחלות דרכי נשימה, מחלות מעיים, כבד.....כן / לא • סכרת במשך חמש שנים אחרונות.....כן / לא • סרטן או מחלות ממאירות.....כן / לא • האם הנך נשאי/ת או חולה במחלת האיידס.....כן / לא	מספר תעודת זהות
אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט: _____	תאריך לידה

מוטבים: יורשים חוקיים בן/בת זוגי ובמקרה מות מוקדם – הילדים בחלקים שווים. אחר: _____

שם המעסיק או העסק: _____

תאריך תחילת עבודה	מועד זכאות לתנאים סוציאליים	משכורת חודשית ברוטו	משכורת חודשית לתנאים סוציאליים

שיעורי תשלומים לתוכנית פנסיונית	קן פנסיה / ביטוח מנהלים	פיצויי פיטורים %	תגמולי מעסיק %	תגמולי עובד %
ביטוח אי כושר עבודה	% _____ ע"ח עובד/מעסיק			
זכאות לקרן השתלמות	כן / לא	תאריך זכאות	תקרת שכר	שח
זכאות לסעיף 14	כן / לא			

