

## בקשה לקבלת פנסיית שאירים של מבטח

(טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד)

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

### פרטים אישיים של המבטח (להלן: "המנוח")

<input type="radio"/> הפניקס פנסיה מקיפה <input type="radio"/> הפניקס פנסיה משלימה * בהיעדר סימון, יראו בבקשת תשלום פנסית נכות כמתייחסת לשתי קרנות הפנסיה.				
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם הקרן	
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן			
מין	מצב משפחתי טרם פטירה	תאריך פטירה		

### פרטי מגיש הבקשה

קרבה למבטח:  אלמן/ה  ידועה/בציבור  אפטרופוס  בן/בת המבטח

### פרטי האירוע

נא ציין את סיבת המוות ונסבות האירוע
-------------------------------------

### פרטים על בן/בת זוג

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	תאריך לידה
----------	---------	------	--	------------

### פרטי ילדים שטרם מלאו להם 21 בעת הפטירה

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	תאריך לידה
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	תאריך לידה
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	תאריך לידה

### פרטים על האפטרופוס במקרה שמגיש הבקשה הינו האפטרופוס של הזכאים לפנסיית שאירים

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	תאריך לידה
----------	---------	------	--	------------

### מסלול קבלת פנסיית שאירים

פנסיה לכל החיים ללא הבטחת מינימום תשלומי פנסיה.

פנסיה לכל החיים עם הבטחה ל \_\_\_\_\_ חודשים.

הערות: \* ניתן לבחור פנסיה הכוללת הבטחה של 60/120/180/240 חודשים אם בתום תקופת ההבטחה גיל האלמן אינו עולה על גיל 87/85 (בהתאם לתקנון הרלבנטי ביום הפטירה)

כל שתברר כי פנסיית השאירים לה הנך זכאי תהיה נמוכה מפנסיית המינימום כהגדרתה בתקנוני הפנסיה, ינוכדמי ניהול נוספים בשיעור של עד 6% מההפרש שבין פנסיית המינימום לבין פנסיית השאירים המשולמת, למעט פנסיית שאירים של מי שקיבל קצבת זקנה, טרם פטירתו. תשלום פנסיית שאירים החל מהחודש שלאחר חודש הפטירה.

### פרטי חשבון בנק שאירים(אלמנה/אפטרופוס ויתומים מעל גיל 18)

שם משפחה	שם פרטי	שם הבנק	שם הסניף	מספר סניף	מספר חשבון
----------	---------	---------	----------	-----------	------------

### ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נתן/ת בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל גוף המחזיק במידע רפואי ו/או לכל חברות הביטוח וקרנות פנסיה למסור ל"הפניקס פנסיה מקיפה" ו/או ל"הפניקס פנסיה וגמל בע"מ ול"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש" על מצב בריאותו ו/או על כל מחלה שחלה בה המנוח המבטח והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותו ו/או מחלותיו של המנוח ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג כלשהו בקשר להנ"ל.

תאריך	שם אלמנה/אפטרופוס	ת.ז.	חתימת האלמן/אפטרופוס
-------	-------------------	------	----------------------

\* יש לצרף אישור בנק הכולל את הפרטים הבאים: שם מלא, מספר ת.ז, מספר הסניף, ומספר חשבון וחתימה וחותמת של הבנק או לחילופין המחאה מבטלת הכוללת פרטים אלו.

← הצהרה

1. הריני מצהיר כי כל הנתונים והפרטים שמסרתי מלאים ונכונים.
2. ידוע לי כי זכויותי ו/או זכויות השארים בקרן הפנסיה לרבות הזכאות לפנסיות שאירים נקבעת על פי התקנון וכי במקרה שאבחר בפנסיה ללא תקופת הבטחה היתומים או המוטבים יקבלו פנסיה בלבד, ככל שיהיו זכאים לכך על פי התקנון
3. ידוע לי כי החלטותיי הינן סופיות ואינן ניתנות לביטול או שינוי מאחר וחשוב הפנסיה נקבע על פיהן, ולא אהיה זכאי למשיכת כספי הצבירה בחשבון לרבות מרכיב הפיצויים.
4. ידוע לי כי אם יתברר שהפרטים שמסרתי כולם או חלקם אינם נכונים תהיה החברה רשאית לבטל את זכויותיי לפנסיה, לרבות קיזוז הסכומים ששלמה לי מהסכומים העומדים לזכותי בקרן.

← פדיון - פנסית מינימום

הריני מבקש בזאת כי ככל שקצבת פנסית שארים המחושבת תהא נמוכה מפנסית המינימום הקבועה בתקנון (5% משכר ממוצע במשק), הנני מבקש לפדות את הכספים הצבורים בחשבון המבוטח והנני מוותר על האפשרות לקבלת פנסית שארים בסכום האמור. במידה וקיימים בקרן כספי פיצויים, יש לצרף טופס 161 על שם המנוח.

<input checked="" type="checkbox"/>	
חתימת האלמן/ה / אפוטרופוס	

← חתימת המבקש

<input checked="" type="checkbox"/>			
חתימת האלמן/ה / אפוטרופוס	ת.ז.	שם האלמן/ה / אפוטרופוס	תאריך

← הינך נדרש לצרף לתביעתך את הנוספים הנוספים:

- צילום תעודת פטירה ואישור הקובע סיבת המוות.
- צילום תעודת זיהוי של בן/בת הזוג (כולל ספח).
- צילום ת.ז. של יתומים. ככל שישנו, או אישורים כי הילדים הינם ילדי המנוח (תעודת לידה, תמצית מרשם אוכלוסין על שם המנוח) או ספח תעודת הזהות של המנוח.
- הוראה בלתי חוזרת ואישור הבנק על החשבון המנוהל על שם בן/בת הזוג ו/או השארים.
- טופס 101 בן/בת זוג יתום מעל גיל 18.
- ככל שבחר יתום מעל גיל 18 בויתור הפנסיה לטובת אביו/אימו יש להעביר הצהרה על כך בכתב.
- במקרה בו לא צבר העמית ז"ל תקופת אכשרה ותדרש בדיקת מחלה קודמת יש לצרף צו ירושה/צו קיום צוואה, לצורך איתור מידע רפואי.
- אם בת הזוג אינה נשואה למבוטח יש להמציא צו של ערכאה שיפוטית המכריז עליה כידועה בציבור.
- במקרה שהאלמן/ה בחר/ה תקופת הבטחה, יש להעביר הצהרת בריאות ולהמציא אישור על מצבו/ה הרפואי מהרופא המטפל.
- הוכחת מגורים משותפים (כגון צילום תעודת הזהות של המנוח ובת הזוג/כתובת בצו ירושה/ תעודת זהות)
- אחר