

הסתדרות עובדי המדינה בישראל הקרן לביטוח הדדי

בקשת הצטרפות לקרן כגמלאי/ת (להלן: "גמלאי")

אני הח"מ:

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות

כתובת מגורים	טלפון בית	טלפון נייד

עבדתי במשרד	מועד הפרישה לגמלאות

מבקש להצטרף כגמלאי לקרן לביטוח הדדי.

נא לסמן בעיגול: אני מבוטח/ת בפנסיה: צוברת / תקציבית.

הנני מצהיר כי ידועים לי הפרטים הבאים:

- א. גמלאים מבוטחים בקרן רק למקרה פטירה והם אינם מבוטחים בגין נכות.
- ב. גמלאי רשאי להצטרף לקרן רק אם היה מבוטח ברציפות כעובד עד מועד פרישתו מהעבודה בגיל פרישה.
- ג. חייבת להיות רציפות ביטוחית ממועד פרישת העובד.
- ד. גמלאי יכול, עפ"י התקנון, להיות מבוטח רק במידה ויש לו:
 - (1) בן או בת זוג לרבות ידועה/ בציבור, ו/או
 - (2) ילדים, בין אם הינם מתחת לגיל 18, ובין אם למעלה מגיל 18 אך אינם עומדים ברשות עצמם ואינם מסוגלים לפרנס עצמם¹וכל עוד יש לו זכאים עפ"י המפורט בס"ק (1) – (2) לעיל.
- ה. חובת תשלום הפרמיה הינה תנאי לתקופת הביטוח.
- ו. אי קיום ביטוח הדדי נוסף בקרן (איסור כפל ביטוח).
- ז. דמי הפרמיה והמענק צמודים למדד המחירים לצרכן ומשתנים בהתאם לעליית/ירידת המדד וכן בהתאם להחלטות הנהלת הקרן באישור אגף שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר. שיעור המענק המשולם לגמלאי הינו 1/3 מזה המשולם לעובד פעיל על אף השוויין בשיעור הפרמיה המשולמת לקרן.
- ח. רק קיום התנאים המפורטים לעיל, במצטבר, מקנה זכויות ביטוחיות.

¹ לצורך עמידה בסעיף זה יש לצרף אסמכתאות מהמוסד לביטוח לאומי בדבר נכות רפואית צמיתה.

הסתדרות עובדי המדינה בישראל הקרן לביטוח הדדי

ט. אם אחד התנאים אינו מתקיים, מתבטל אוטומטית הביטוח בקרן.
י. אם חל שינוי בתנאים המפורטים לעיל, במהלך שנות הביטוח, על הגימלאי להודיע על כך מיד לקרן.

ידוע לי כי אם במהלך השנים לא יהיו לי יותר זכאים עפ"י המפורט בפיסקה ד', ביטוחי יפסק אוטומטית החל מהמועד בו לא יהיו לי יותר זכאים.

הנני מסיר מהקרן אחריות לתוצאות הנובעות מאי דיווחי במועד על שינוי בפרטים כמפורט לעיל, ולא תהיינה לי, או לבאים מטעמי, כל טענה כנגד ביטול זכאותי, לרבות כנגד המשך תשלום הפרמיה עקב אי דיווחי לקרן כנדרש.

ידוע לי כי תשלום פרמיה, למרות פקיעת הביטוח, אינו מקנה זכויות ביטוחיות, ואהיה זכאי לקבל החזר פרמיה ששולמה בגין התקופה מעבר למועד פקיעת הביטוח.

חתימת הגמלאי/ת

תאריך

משרדנו : רחוב הלל 8, ירושלים 9458108 טל. 02-6257630, 02-6258343, פקס. 02-6245706

הסתדרות עובדי המדינה בישראל הקרן לביטוח הדידי

הצהרת גמלאי/ת בדבר קביעת נהנים במקרה מוות

במקרה פטירתי, אבקש כי סכום הביטוח - שיגיע למוטבים להלן בהתאם לתקנון הביטוח ההדדי וכפוף לקיומם של מוטבים אלה בעת פטירתי, ובהתאם להצהרתי לעיל - ישולם עפ"י החלוקה הבאה:

- יש לצרף צילום תעודת זהות של הגמלאי/ת המבוטח, כולל ספח ובו פרטי המוטבים.
- במקרה שהמוטב/ת אינו/ה מופיע/ה בספח, יש לצרף צילום ת.ז. של המוטב/ת כולל ספח.

לבן/בת הזוג שהינו/ה ידוע/ה בציבור: נא לצרף אסמכתא לנושא זה, כדוגמת:

1. אישור ממנהל הגמלאות כי הידוע/ה בציבור מוכר/ת ע"י מנהל הגמלאות; או: הסכם חיים משותפים בין בני-הזוג מאושר על ידי בית משפט;
2. תצהיר חתום בפני עורך דין המפרט כי בני הזוג הם ידועים בציבור, כולל אסמכתאות לאמור בתצהיר ו/או כל מסמך שיש בו כדי להעיד על היות בני הזוג ידועים בציבור. אין בקבלת המסמכים, המפורטים בס"ק זה כדי לחייב את הקרן להכיר במעמד ידועים בציבור והאמור כפוף לאישור הקרן כי המסמכים שהוגשו מספקים לצורך כך.

לבן/בת הזוג:

שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	תעודת זהות	כתובת	חלק באחוזים

לילדי/י מתחת לגיל 18:

שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	תעודת זהות	כתובת	חלק באחוזים

משרדנו: רחוב הלל 8, ירושלים 9458108 טל. 02-6257630, 02-6258343, פקס. 02-6245706

הסתדרות עובדי המדינה בישראל הקרן לביטוח הדדי

לילדי/י מעל גיל 18 שאינם עומד/ים ברשות עצמו/ם ואינם מסוגל/ים לפרנס עצמו/ם²:

שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות	תאריך לידה	כתובת	חלק באחוזים

ידוע לי כי אני רשאי לשנות את הצהרתי ובלבד שאודיע על כך לקרן לביטוח הדדי לפני פטירתי.

הערה: בהיעדר הוראה לעניין מינוי מוטבים יועברו הכספים ליורשיי על פי דין או על פי צוואה והכל בכפוף להוראות התקנון.

חתימת הגימלאי/ת

תאריך

² לצורך עמידה בסעיף זה יש לצרף אסמכתאות מהמוסד לביטוח לאומי בדבר נכות רפואית צמיתה.
משרדנו: רחוב הלל 8, ירושלים 9458108 טל. 02-6257630, 02-6258343, פקס. 02-6245706