

לכבוד

יחידת קליטת לקוחות

באמצעות טלפקס: 03-6367164, באמצעות הדוא"ל: Klitlatlecohot@kali.co.il
א.ג.ב.

הנדון: הודעה על זכאות לתנאים פנסיוניים לעובד חדש
מנפאואר ישראל בע"מ

מנפאואר ישראל בע"מ

יחידה אירגונית / מחוז / מרחב:

פרטי זכאות לתנאים סוציאליים - ימולא ע"י המעסיק בלבד

מספר תחילת עבודה	מועד זכאות לתנאים סוציאליים	משכורת חודשית ברוטו	משכורת חודשית לתנאים סוציאליים
19/12/21	19/12/21	10,000	10,000
קרן פנסיה	פיצוי פטורים % 8.33	תגמולי מעסיק % 6.5	תגמולי עובד % 6
ביטוח מנהלים	פיצוי פטורים % 8.33	תגמולי מעסיק % 6.5	תגמולי עובד % 6
ביטוח אי כושר עבודה	% ע"ח		
זכאות לסעיף 14			
זכאות לקרן השתלמות	תאריך זכאות 19/12/21	תקרת שכר ש"ח	שיעור תשלומים: % ע"ח המעסיק % ע"ח העובד
זכאות לקולקטיב בריאות	תאריך זכאות 19/12/21		

מנפאואר ישראל בע"מ
X
הריני מאשר כי זיהיתי את התבוסה לפי ת.ז.
לאורך פניה לקבל מידע מהמסלקה הפנסיונית

מפקיד
חלק אחר

שם החותם מסעם הסעיד
חלק אחר

פרטי הלוקו - ימולא ע"י העובד

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	מעשן ב- 5 שנים אחרונות
חלק אחר	חלק אחר	061230967	24.11.82	קבר	חלק אחר	חלק אחר
רחוב:	מספר:	מסלון בבית:	עיר:	טלפון נייד:	מסלון בעבודה:	תפקיד/מקצוע:
חלק אחר	81	חלק אחר	חלק אחר	052-36244026	חלק אחר	חלק אחר
מיקוד:	דוא"ל בבית:	דוא"ל בעבודה:				
חלק אחר	חלק אחר	חלק אחר				

- הריני לאשר כי סיימתי עבודתי בחברת: 12/6/2022 בתאריך: 7/21
- האם ברשותך ביטוח מנהלים / קרן פנסיה / קופת גמל / קרן השתלמות ממקומות עבודה קודמים:
- קוד אימות מהמסלקה הפנסיונית:
- נא לצרף צילום ת.ז עם ספה פתוח

כיסוי זמני לתקופה של עד 3 חודשים ב"הפניקס" חברה לביטוח

הצהרת בריאות מקוצרת

אני מצהיר/ה בזה כדלקמן: גובה: 1.68 ס"מ. משקל: 85 ק"ג
1. לא נקבע לי על ידי המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון, או גורם אחר כל שהוא שיעור נכות של 35% או יותר, ולא הוגשה מטעמי בקשה אשר הדיון בה סרם הסתיים לקביעת דרגת נכות כאמור.
2. לא אושפזתי בבית חולים כתוצאה ממחלה או מתאונה במשך שלוש השנים האחרונות.
3. המחלות לב, כלי דם, יתר לחץ דם, מחלות דרכי נשימה, מחלות מעיים, כבד, סוכרת במשך חמש שנים האחרונות, מחלות הכשל החיסוני, (תסמונת הכשל החיסוני), הרגלי עישון, אינני מעשן ולא עישנתי בעבר, אני מעשן, עישנתי בעבר, סגירות ליום במשך, שנים, ומזה, שנים איני מעשן

יתור על סודיות רפואית

אני הח"ם נותן/ת בזה רשות לקפות חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למסודותיה הרפואיים ו/או לסניפיה וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לשירותות צה"ל ומשרד הביטחון, לחברות ביטוח ו/או לכל מוסד תורם אחר למוסד "הפניקס" חברה לביטוח בע"מ להלן 'המבקש', את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובאורה שתידרש ע"י 'המבקש' על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהגני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד. הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים, ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדכם ו/או כל סניף מספכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי ככל ומוותר על סודיות זו כלפי 'המבקש' ולא תהייה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב.

אותי, את עוזבני ובאי כוחי החוקים, וכל מי שיובא במקומי, וכן הנני מייפה את 'המבקש' לאסוף כל מידע שייראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

חתימת המבוטח
X

ח.ז.
061230967

שם
חלק אחר

מדינת ישראל
משרד הפנים
دولة اسرائيل
وزارة الداخلية
תעודת זהות
بطاقة الهوية

0 6123096 7 מספר הזהות
ר.מ. ת.ה.י.

שם המשפחה: בן-נתן
שם הפרטי: טליה
השם הפרטי: דרור-מנחם
השם הפרטי: חמדה
השם הפרטי: עזרא

תאריך הלידה: 24.11.1982
מקום הלידה: ישראל
מספר ת.ז.י.: 07.12.2016
מספר ת.ז.י.: 07.12.2026

אזרחות ישראלית
בבסלו התשע"ז
בבסלו התשפ"ו

נכבה
בני ברק

תמונה

מדינת ישראל
משרד הפנים
دولة اسرائيل
وزارة الداخلية
ספח לתעודת זהות
ملحق لبطاقة الهوية

0 6123096 7 מספר הזהות
ר.מ. ת.ה.י.

שם המשפחה: בן-נתן
שם הפרטי: טליה
השם הפרטי: קריניצי
השם הפרטי: 81
השם הפרטי: רמות גן

תאריך הלידה: 24.02.2020
מספר ת.ז.י.: 5242312
מספר ת.ז.י.: 0 3422638 1

אזרחות ישראלית
בבסלו התשע"ז
בבסלו התשפ"ו

מדינת ישראל
משרד הפנים
دولة اسرائيل
وزارة الداخلية
ספח לתעודת זהות
ملحق لبطاقة الهوية

0 6123096 7 מספר הזהות
ר.מ. ת.ה.י.

שם המשפחה: בן-נתן
שם הפרטי: איתי
השם הפרטי: זכר
השם הפרטי: יעל

תאריך הלידה: 12.10.2014
מספר ת.ז.י.: 3 3947805 9
מספר ת.ז.י.: 2 2163947 9

אזרחות ישראלית
בבסלו התשע"ה
בבסלו התשפ"ו