

לכבוד:

יחידת קליטת לקוחות

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

הנדון: הודעה על זכאות לתנאים פנסיוניים לעובד חדש

שם ארגון: _____ מלם מערכות בע"מ

פרטי זכאות לתנאים סוציאליים- ימולא ע"י המעסיק בלבד

תאריך תחילת עבודה	מועד זכאות לתנאים סוציאליים	משכורת חודשית ברוטו	משכורת חודשית לתנאים סוציאליים
12.12.2021		26500	22525

שיעורי תשלומים לתוכנית ביטוח פנסיוני	פיצויי פיטורים %	תגמולי מעסיק %	תגמולי עובד %
		כולל ביטוח אי כושר עבודה	

זכאות לסעיף 14	p
----------------	---

זכאות לקרן השתלמות	תאריך זכאות 12.12.2021	תקרת שכר 15712	שיעור תשלומים: 7% ע"ח המעסיק, 5% ע"ח העובד
--------------------	------------------------	----------------	--

שם המדווח מטעם החברה
טלי יעקובי

פרטי הלקוח – ימולא ע"י העובד

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
ליברמן	מתן	201551355		זכר	נשוי/אה
עיר מגורים	רחוב	מספר	תפקיד	מספר נייד	דוא"ל
ברכה	ברכת יוסף	131	שכיר	972544851284	matanliberman@gmail.com

כיסוי זמני לתקופה של עד 4 חודשים ב" הפניקס " חברה לביטוח

הצהרת בריאות מקוצרת

אני מצהיר/ה בזה כדלקמן: גובה 185 ס"מ, משקל 90 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 טרם הסתיים לקביעת דרגת נכות כאמור.
2. לא אושפזתי בבית חולים כתוצאה ממחלה או מתאונה במשך שלוש השנים האחרונות.
3. האם הינך סובל/ת או סבלת בעבר מאחת המחלות הבאות:
מחלות לב, כלי דם, יתר לחץ דם, מחלות דרכי נשימה, מחלות מעיים, כבד, לא סכרת במשך חמש שנים האחרונות, לא
סרטן או מחלות ממאירות, לא
האם הינך נשא/ת או חולה במחלת האיידס (סמונת הכשל החיסוני) לא
הרגלי עישון אינני מעשן/ת ולא עישנתי בעבר
סיגריות ליום במשך שנים, ומזה שנים איני מעשן.

גובה הכיסוי הזמני

ביטוח למקרה מוות: רווק, 30 משכורות, נשוי 60 משכורות. תוספת לכל ילד 15 משכורות (מוגבל לשלושה ילדים)
סכום הביטוח הכולל מוגבל ל- 1,500,000 ₪
הכיסוי יהיה בכפולת שכר בניכוי השכר המבוטח בקרן הפנסיה.
למקרה אובדן כושר עבודה 75% מהשכר המבוטח מוגבל לשכר של 20,000 ₪.
הכיסוי הזמני כפוף לתנאים הכלליים של הפוליסה.
כיסוי זמני זה יתקזז מול כל ביטוח מנהלים/או קרן פנסיה אחרת הקיימים ממקום עבודתו הקודם של העובד וישולם רק הפרש סכום הביטוח.
הקיזוז יכלול גם פוליסות מנהלים וקרן פנסיה הנמצאים בסטאטוס של ריסק לשנה.

חתימת המבוטח:

תאריך: 26/12/2021 שם: ליברמן מתן ת.ז. 201551355

יותר על סודיות רפואית

אני הח"מ מותן/ת בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למסוד לביטוח לאומי, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטוח, לחברת הביטוח ו/או לכל מוסד תורם אחר למסור ל" הפניקס " חברה לביטוח בע"מ להלן 'המבקש' את כל הפרטים ללא יוצא מכל הכלל ובצורה שתידרש ע"י 'המבקש' על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחלילי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד. הנני משחרר אתכם וכל רופא מהרופאים, ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדכם ו/או כל סניף מסניפיהם מחוברת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי 'המבקש' ולא תהיינה ליל אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.
כתב ויתור זה מחייב –

אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים, וכל מי שיבוא במקומי, וכן הנני מייפה את 'המבקש' לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

חתימת המבוטח

X _____

ת.ז.

201551355

שם מלא

ליברמן מתן