



הקרן לביטוח הדדי לחברי
הסתדרות עובדי המדינה בע"מ

הנדון: הצהרת הצטרפות לקרן לביטוח הדדי

עבור עובד חדש במעמד קבוע/ בנסיון/זמני/חוזה מיוחד בשירות המדינה או עובד במעמדות הנ"ל שטרם חלפו 12 חודשים מתחילת עבודתו בשירות המדינה, או עובד העובר ממעמד למעמד

החברות בקרן מקנה זכאות למענק חד פעמי במקרה פטירה חו"ח, או במקרה נכות, הכל בכפוף לתנאי תקנון הקרן.

לתשומת לבך! ההצטרפות כחבר בקרן הינה וולנטרית.

- אני מעוניין להצטרף לקרן/ מעוניין להמשיך חברותי בקרן.
 אני לא מעוניין להצטרף לקרן/ לא מעוניין להמשיך חברותי בקרן.

שם ושם משפחה: _____ ת.ז. _____.

תאריך לידה: _____
מצב משפחתי: רווק/ה נשוי/אה גרושה אלמן/ה

כתובת: _____ טל' נייד: _____

טל' נוסף: _____ כתובת דוא"ל: _____

שם מקום העבודה של העובד/ת: _____

מועד תחילת עבודה בשירות המדינה: _____

מעמד העובד בקבלה לשירות המדינה: קבוע זמני בנסיון חוזה מיוחד מילוי מקום ארעי

העובד עובר ממעמד: קבוע זמני בנסיון חוזה מיוחד מילוי מקום ארעי למעמד:
 קבוע זמני בנסיון חוזה מיוחד מילוי מקום ארעי

ידוע לי כי הגיל המירבי להצטרפות לביטוח ההדדי הוא 60 שנה ואני מצהיר כי הנני מתחת לגיל 60 שנה.

יש לי אחוזי נכות בשיעור _____ % וידוע לי כי זכאותי לתשלום מענק נכות בקרות אירוע מזכה על פי התקנון הינה בשיעור חלקי בלבד בהתאם לאחוזי הנכות שיתווספו לי במהלך השירות עד ל-100% נכות.

אין לי אחוזי נכות.

אני מצהיר/ה בזאת על רצוני להצטרף כחבר בקרן לביטוח הדדי לחברי הסתדרות עובדי המדינה (להלן: "הקרן") והנני נותן/ת בזה הוראה בלתי חוזרת למעסיק לנכות ממשכורת לטובת הקרן הנ"ל את דמי החבר השנתיים כפי שייקבעו מעת לעת ע"י הנהלת הקרן.

הנני נותן/ת בזאת הסכמה למעסיק למסור לקרן לביטוח הדדי בכל עת ועל פי דרישתה את פרטי ההתקשרות עימי ועדכון על פרטיי האישיים.

תאריך _____ חתימת העובד/ת _____

עמוד 1 מתוך 3

הקרן לביטוח הדדי לחברי הסתדרות עובדי המדינה בע"מ

רח' הלל 8, ירושלים | מיקוד 9458108

טל': 02-6258343, 02-6257630 | פקס: 02-6245706

b-haddi@zahav.net.il



הקרן לביטוח הדדי לחברי
הסתדרות עובדי המדינה בע"מ

ידוע לי כי חובתי לוודא שדמי החבר בגין חברותי בביטוח ההדדי מנוכים ממשכורתני מדי חודש. למעסיק לא תהיה אחריות כלפיי ככל שלא נוכו דמי החבר עבורי, ולא אבוא בטענות אל המעסיק ואל הקרן בקשר לכך.

ידוע לי כי בתקופות של חופשה ללא תשלום, חופשת לידה, מילואים וכל תקופת היעדרות שאינה מזכה בשכר, חובתי להסדיר את תשלום דמי החבר ישירות לקרן לביטוח הדדי **טרם יציאתי לחופשה**.

ידוע לי כי אי תשלום דמי חבר יפקיעו את חברותי בקרן.

אני מורה כי סכום המענק אשר ישולם ע"י הקרן במקרה פטירתי, בהתאם לתנאי התקנון, ישולם לרשומים בלוח שלהלן בחלקים המצויינים ליד שמותיהם (להלן ייקראו: "המוטבים"):

שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	תעודת זהות	קרבת משפחה	כתובת	טלפון	חלק ב- %
סה"כ 100%							

ככל שאחד המוטבים המפורטים לעיל ילך לעולמו לפניי, אני מורה כי הסכומים שהיו אמורים להיות משולמים לו לאחר פטירתי יועברו לאנשים הבאים:

לשאר המוטבים בחלקים שווים

לשאר המוטבים באופן יחסי לחלקם

ליורשיי החוקיים (על פי צו ירושה או צו קיום צוואה)

אחר: _____

ידוע לי כי אני רשאי לשנות את פרטי המוטבים כל עת, ובלבד שאודיע על כך לקרן לביטוח הדדי לפני פטירתי והכל בכפוף להוראות התקנון.

ידוע לי כי בהעדר הוראה מצדי לעניין מינוי מוטבים יהיו הזכאים למענק יורשיי על פי דין או על פי צוואה והכל בכפוף להוראות התקנון.

ידוע לי כי זכויותי וזכויות המוטבים לעיל הינן ותהיינה על פי תנאי תקנון הקרן לביטוח הדדי כפי שיהיו בתוקף מעת לעת, ועל פי החלטות מוסדותיה המוסמכים.

תאריך _____ חתימת העובד/ת _____

עמוד 2 מתוך 3

הקרן לביטוח הדדי לחברי הסתדרות עובדי המדינה בע"מ

רח' הלל 8, ירושלים | מיקוד 9458108

טל': 02-6258343, 02-6257630 | פקס: 02-6245706

b-haddi@zahav.net.il



הקרן לביטוח הדדי לחברי
המסדרות עובדי המדינה בע"מ

• לטופס זה יצורף צילום של תעודת הזהות, כולל הספח.

תאריך _____ חתימת העובד/ת _____

אישור המזעה:

אני¹ מאשר כי:

א. הנ"ל חתם/מה בנוכחותי לאחר שזיהיתי אותו על פי תעודת הזהות

ב. העובד התחיל לעבוד בתאריך _____ ביחידה _____

במעמד _____ קבוע זמני בנסיון חוזה מיוחד מילוי מקום ארעי

שם המזעה _____ תפקיד המזעה _____ מס' תעודת זהות _____

חתימת המזעה _____ תאריך _____

¹ בתור מזהה יחתום/תחתום עובד/ת הקרן או עובד/ת מדינה העובד/ת ביחידת משאבי אנוש, לאחר שזיהה את העובד/ת מול תעודת זהות.

עמוד 3 מתוך 3

הקרן לביטוח הדדי לחברי המסדרות עובדי המדינה בע"מ

רח' הלל 8, ירושלים | מיקוד 9458108

טל': 02-6258343, 02-6257630 | פקס: 02-6245706

b-haddi@zahav.net.il