



הקרן לביטוח הדדי לחברי  
הסתדרות עובדי המדינה בע"מ

## בקשת הצטרפות לקרן כעמית במעמד גמלאי/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 לקרן לביטוח הדדי כגמלאי.

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

**הנני מצהיר כי ידועים לי הפרטים הבאים:**

- גמלאים מבוטחים בקרן רק למקרה פטירה והם אינם מבוטחים בגין נכות.
- גמלאי רשאי להצטרף לקרן רק אם היה מבוטח ברציפות כעובד עד מועד פרישתו מהעבודה בגיל פרישה.
- חובת תשלום דמי החבר ורציפותם ממועד הפרישה הינה תנאי לתקפות החברות בקרן.
- גמלאי יכול, עפ"י התקנון, להיות מבוטח רק במידה ויש לו זכאים כמפורט להלן וכל עוד יהיו לו זכאים כאמור:
  - בן או בת זוג לרבות ידועה/ה בציבור<sup>1</sup>, ו/או
  - ילדים מתחת לגיל 18; מובהר כי גם בעת הפטירה, חו"ח, על הילדים להיות מתחת לגיל 18 על מנת להיות זכאים לחלקם במענק.
  - ילדים למעלה מגיל 18 שאינם עומדים ברשות עצמם ואינם מסוגלים לפרנס עצמם<sup>2</sup>

<sup>1</sup> לענין עמידה בתנאי "ידועה/ה בציבור" ראה/י הדרישות המופיעות בעמוד 3 להלן.

<sup>2</sup> לענין עמידה בתנאי "אינו עומד ברשות עצמו ואינו מסוגל לפרנס עצמו" ראה/י הדרישות המופיעות בעמוד 3 להלן. עמוד 1 מתוך 4

**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

- ה. דמי החבר והמענק צמודים למדד המחירים לצרכן ומשתנים בהתאם לעליית/ירידת המדד וכן בהתאם להחלטות הנהלת הקרן באישור רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר. **שיעור המענק המשולם לגמלאי הינו 1/3 מזה המשולם לעובד פעיל על אף השוויון בשיעור דמי החבר המשולמים לקרן.**
- ו. רק קיום התנאים המפורטים לעיל, במצטר, מקנה זכויות על פי התקנון.
- ז. אם אחד התנאים אינו מתקיים, מתבטלת אוטומטית החברות בקרן.
- ח. **אם חל שינוי בתנאים המפורטים לעיל, במהלך שנות החברות בקרן, חובה על הגמלאי להודיע על כך מיד לקרן.**
- ט. **ידוע לי כי אם במהלך השנים לא יהיו לי יותר זכאים עפ"י המפורט בפיסקה ד', חברותי בקרן תיפסק אוטומטית החל מהמועד בו לא יהיו לי יותר זכאים.**
- י. 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 דמי החברות עקב אי דיווחי לקרן כנדרש.
- יא. ידוע לי כי תשלום דמי חבר, למרות פקיעת החברות, אינו מקנה זכויות על פי התקנון, ואהיה זכאי לקבל החזר דמי חברו ששולמה בגין התקופה מעבר למועד פקיעת חברותי בקרן.
- יב. ידוע לי כי בקשתי זו להצטרפות כחבר בקרן במעמד גמלאי כפופה לאישור הקרן.

חתימת הגמלאי/ת

תאריך

עמוד 2 מתוך 4

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

## הצהרת גמלאי/ת בדבר קביעת מוטבים במקרה מוות

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

- יש לצרף צילום תעודת זהות של הגמלאי/ת החבר, כולל ספח ובו פרטי המוטבים.
- יש לצרף צילום ת.ז. של המוטב/ת כולל ספח ובו פרטי הגמלאי/ת החבר

לבן/בת הזוג שהיננו/ה ידועה/ה בציבור: נא לצרף אחת מן האסמכתאות הבאות לנושא זה:

1. אישור המוסד לביטוח לאומי כי הידועה/ה בציבור מוכר על ידי המוסד,
2. פסק דין של בית המשפט המכיר בבן/ת הזוג כידועה/ה בציבור

מובהר כי אין בקבלת המסמכים, המפורטים בסעיפים 1 או 2 לעיל כדי לחייב את הקרן להכיר במעמד ידועים בציבור והאמור כפוף לאישור הקרן כי המסמכים שהוגשו מספקים לצורך כך.

ילדי/י מעל גיל 18 שאיננו/ם עומד/ים ברשות עצמו/ם ואיננו/ם מסוגל/ים לפרנס עצמו/ם: נא לצרף אסמכתא לנושא זה:

1. אישור מהמוסד לביטוח לאומי בדבר זכאות של המוטב לקצבת נכות כללית;
  2. לאחר הגשת האישור הנ"ל מהמוסד לביטוח לאומי כאמור, על המוטב להעביר לקרן ביטוח הדדי תצהיר בהתאם להנחיותיה.
- למען הסר ספק, הקרן היא בעלת הסמכות לאשר אם מוטב עומד בתנאים הנדרשים לצורך רישומו כמוטב הזכאי לקבלת המענק בבוא היום.

טבלת מינוי המוטבים – בעמוד הבא ←



הקרן לביטוח הדדי לחברי  
הסתדרות עובדי המדינה בע"מ

## להלן מינוי מוטביי

לבן/בת הזוג:

שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	תעודת זהות	כתובת	חלק באחוזים

לילדיו/י מתחת לגיל 18 :

שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	תעודת זהות	כתובת	חלק באחוזים

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

שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	תעודת זהות	כתובת	חלק באחוזים

ידוע לי כי אני רשאי לשנות את הצהרתי (כפוף לכך שהמוטבים שאמנה יכולים להיות רק מבין הזכאים כאמור) ובלבד שאודיע על כך לקרן לביטוח הדדי לפני פטירתי.

### **הערות:**

1. רישום ידוע/ה בציבור או רישום ילדים מעל גיל 18 כמוטבים שאינם עומדים ברשות עצמם, אינו מהווה התחייבות הקרן לתשלום המענק אלא בהתקיימות התנאים הנ"ל כמוטבים גם במועד מינוי המוטבים וגם במועד קרות אירוע מזכה (פטירת העמית חו"ח).
2. בהיעדר הוראה לעניין מינוי מוטבים ייבדק על ידי הקרן, לאחר הפטירה, אם קיימים זכאים כמפורט לעיל, והכל בכפוף להוראות התקנון וכנוסחן מעת לעת.

חתימת הגימלאי/ת

תאריך

עמוד 4 מתוך 4

**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