

שם הסוכן \_\_\_\_\_ מס' הסוכן \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן \_\_\_\_\_

כל האמור בלשון זכר משמעו גם בלשון נקבה ולהיפך

מס' פקס בהראל פנסיה: 03-7348048  
ניתן לוודא את קבלת הפקס. כ-3 שעות לאחר המשלוח בטל. 1-700-70-28-70

אני, הח"מ, פונה בזאת ל- הראל ניהול קרנות פנסיה בע"מ ו/או מגוף ניהול קרנות פנסיה בע"מ (להלן יקראו כל אחת בנפרד וכולן ביחד "הראל קרנות פנסיה"), בבקשה להצטרף לקרן או קרנות פנסיה שבניהולן בהתאם למבוקש להלן:

**א פרטי הבקשה** תאריך הבקשה: \_\_\_\_\_

בקשת הצטרפות ראשונה  בקשת המשך חברות  בקשת הצטרפות ראשונה והעברת כספים ממוצר פנסיוני: \_\_\_\_\_

<p><b>פנסיה מקיפה</b></p> <p><input type="checkbox"/> הראל גילעד פנסיה</p> <p><input type="checkbox"/> הראל מגוף פנסיה (להלן: "הקרן")</p>	<p><b>פנסיה כללית</b></p> <p><input type="checkbox"/> הראל פנסיה כללית (מסלול יסוד) (להלן: "הקרן הכללית")</p>	<p><b>המבוטח</b></p> <p><input type="checkbox"/> שכיר</p> <p><input type="checkbox"/> עצמאי</p> <p><input type="checkbox"/> בעל שליטה</p>	<p><b>מסלול הפנסיה לקרנות הפנסיה המקיפות בלבד</b></p> <p><input type="checkbox"/> נכות מוגדלת 75% <input type="checkbox"/> עתיר נכות</p> <p><input type="checkbox"/> עתיר שאירים <input type="checkbox"/> מקיפה</p> <p><input type="checkbox"/> עתיר חיסכון <input type="checkbox"/> עתיר ביטוח</p> <p>במקרה שלא נבחר מסלול, מסלול הביטוח בו תבטח עפ"י ברירת מחדל הוא נכות מוגדלת 75%.</p>
---	---	---	--

**ב פרטי המבוטח**

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
כתובת: רח'	מס'	ישוב	מיקוד	נ	א
טלפון בית	טלפון עבודה	טלפון נייד	מקצוע / עיסוק		
e-mail					

**ג בני המשפחה**

הקרבה	בן / בת זוג	מספר ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
ילד 1					
ילד 2					
ילד 3					

**ד מוטבים** בהעדר שאירים זכאים לפנסיה, הריני ממנה בזה, לאחר מותי, כזכאים להחזר כספים מהקרן את:

הקרבה	מספר ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	חלק ההחזר ב-%
הקרבה	מספר ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	חלק ההחזר ב-%

**ה פרטי המעסיק**

שם המעסיק	ת.ז. / ח"פ / ח"צ	טלפון	פקס	איש קשר
כתובת: רח'	מס'	ישוב	מיקוד	e-mail

**ו מסלול הביטוח**

<p><b>מבוטח שכיר</b></p> <p>שכר מבוטח: _____</p>	<p><b>מבוטח שכיר פנסיוני חובה</b></p> <p>במקרה שלא נבחר מסלול הביטוח, מסלול ברירת המחדל הוא נכות מוגדלת 75%.</p> <p><input type="checkbox"/> שיעורי הפרשה על פי צו הרחבה</p> <p><input type="checkbox"/> אחר:</p>	<p><b>מבוטח עצמאי</b></p> <p>אני מורה לכך לחייב את חשבוני בבנק (על פי ההרשאה המצורפת) מידי חודש כדלקמן:</p> <p>דמי הגמולים עבור החודש הראשון: _____</p> <p>תשלום חודשי צמוד למדד: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>																		
<table border="1"> <tr> <th>חלוקה</th> <th>עובד</th> <th>מעביד</th> </tr> <tr> <td>פיצויים</td> <td>_____ %</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>תגמולים</td> <td>_____ %</td> <td>_____ %</td> </tr> </table>	חלוקה	עובד	מעביד	פיצויים	_____ %	_____ %	תגמולים	_____ %	_____ %	<table border="1"> <tr> <th>חלוקה</th> <th>עובד</th> <th>מעביד</th> </tr> <tr> <td>פיצויים</td> <td>_____ %</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>תגמולים</td> <td>_____ %</td> <td>_____ %</td> </tr> </table>	חלוקה	עובד	מעביד	פיצויים	_____ %	_____ %	תגמולים	_____ %	_____ %	
חלוקה	עובד	מעביד																		
פיצויים	_____ %	_____ %																		
תגמולים	_____ %	_____ %																		
חלוקה	עובד	מעביד																		
פיצויים	_____ %	_____ %																		
תגמולים	_____ %	_____ %																		

**ז הסדר פנסיוני נכות מתפתחת**

הנני מבקש להצטרף להסדר פנסיוני נכות מתפתחת, המזכה אותי בקרות אירוע נכות בתשלום פנסיוני נכות שתתעדכן בשיעור חודשי של 0.165% (2% שנתית).

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח: \_\_\_\_\_

\* ניתן לבחור בהסדר "פנסיוני נכות מתפתחת" בכל מסלולי הביטוח, למעט במסלול עתיר חיסכון.

לבחירת אפיק השקעה שאינו אפיק השקעה כללי - אפיק ברירת המחדל של הקרן, עליך למלא טופס ייעודי "ספח לבחירת אפיק השקעה" ולצרפו לטופס ההצטרפות.

לתשומת לבך, במידה ולא יועבר אלינו הטופס הייעודי, כספייך יושקעו במסלול הכללי.

**ט** ויתור על כיסוי ביטוחי לשאירים

אני מבקש בזאת לוותר על פנסיית השאירים בקרן, לכן אני מצהיר כלהלן (בחר את האפשרות המתאימה לך):

אין לי בת זוג יש לי ילד/ים שגילו/ם פחות מ-21 ו/או ילד שאינו מסוגל לכלכל את עצמו מפאת נכות שלקה בה טרם הגיעו לגיל 21. ולפיכך ברצוני לוותר על הכיסוי הביטוחי לבן/בת הזוג בלבד.

אין לי בת זוג ואין לי ילד/ים שגילו/ם פחות מ-21 ו/או ילד שאינו מסוגל לכלכל את עצמו מפאת נכות שלקה בה טרם הגיעו לגיל 21. ולפיכך ברצוני לוותר על הכיסוי הביטוחי לפנסיית השאירים.

ידוע לי כי במסלול הביטוח בו אני מבוטח לא יינתן כיסוי ביטוחי לשאירים שלגביהם סומן הויתור.

עוד ידוע לי כי הויתור על פנסיית השאירים הוא ל-24 חודשים, וככל שאהיה מעוניין להמשיך בביטוח ללא כיסוי ביטוחי לשאירים, יהא עלי לחדשו לפני סיומו.

אם יחול שינוי במצבי המשפחתי כפי שהוצהר לעיל, יהיה עלי להודיע לכם על כך תוך 90 יום ממועד שינוי הסטטוס, שאם לא כן, תהיה קרן הפנסיה פטורה משלום קצבה לשאירי.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח: \_\_\_\_\_

**י** הסכם צירוף/המשך חברות בקרן הפנסיה המקיפה והכללית

הואיל: והקרן היא קרן פנסיה מקיפה שקיבלה את אישור פעולתה ממשדד האוצר והיא מנוהלת בידי **הראל קרנות פנסיה** שהיא מבטח מורשה. לפיכך הוסכם בין הצדדים כדלקמן:

- המבוא להסכם זה מהווה חלק בלתי נפרד ממנו.
- המבוטח יצטרף לקרן בהתאם להסכם זה ולהצהרותיו בהסכם זה ובטופס ההצטרפות, ובהתאם להוראות תקנון קרן הפנסיה כפי שתהיינה בתוקף מעת לעת, ושתהווה חלק בלתי נפרד מהסכם זה (להלן - "התקנון") ובכפוף להוראות הדין.
- המבוטח יפקיד או יפעל להבטיח כי מעסיקו יפקיד בגין לקרן דמי גמולים מדי חודש בחודשו בעד החודש החולף אך לא יאוחר מהמועד הקבוע בחוק.
- למבוטח ידוע כי בקרן הפנסיה המקיפה ההפקדה השוטפת לא תעלה על הסכום המותר על פי הוראות הדין (להלן: "תקרת ההפקדה"). יתרת דמי הגמולים שמעבר לתקרת ההפקדה יועברו לקרן הפנסיה הכללית המנוהלת ע"י החברה המנהלת של קרן הפנסיה ככל שקיימת, ואם לא קיימת, להראל פנסיה כללית.
- המבוטח נותן בזאת הוראה בלתי חוזרת לנכות משכרו את דמי הגמולים בהתאם למתחייב בחוק, בהסכם זה ובטופס ההצטרפות.
- עמית עצמאי יודיע לקרן על מועד הפסקת העברת דמי גמולים על ידו.
- ידוע לי כי הצטרפותי לקרן הפנסיה או המשך חברותי בה מותנות באישור **הראל קרנות פנסיה** בהתאם לאמור בתקנון ובהוראות הדין.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח: \_\_\_\_\_

**יא** הצהרת המעסיק

אני ה"מ, המעסיק של המועמד לביטוח בקרן, מאשר כי אעביר את דמי הגמולים בגין העובד לקרן הפנסיה המקיפה ו/או לקרן הפנסיה הכללית בהתאם לבחירת העובד בטופס זה כמתחייב בהוראות הדין.

בעת הפסקת עבודה אודיע לקרן בכתב על הפסקת עבודתו של המבוטח עם העתק אליי, תוך 14 יום מיום הפסקת העבודה.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת וחותמת המעסיק: \_\_\_\_\_

**יב** הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

- אני מצהיר כי המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה וכי ידוע לי כי הוא הכרחי לצורך הצטרפותי וטיפולכם בפוליסות. הנני נותן את הסכמתי לכך שהחברה וחברות אחרות בקבוצת הראל תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות.
- אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברה או בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בתביעות, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח: \_\_\_\_\_

- אני מסכים לקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיי, על יסוד הסכמתי לעיל, הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיג אוטומטי או הודעת מסר קצר (sms).
- אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך בכל עת באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת: [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il)**
- אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בחברתכם, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אליי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל האחרונה שנמסרה לכם, במקום בכתב. ידוע לי כי ייתכן וישלח אליי חומר הנוגע לענייני הפרטיים כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות, ולפיכך אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על-ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח: \_\_\_\_\_

**יג** בקשה להצטרף כמבוטח לקרן הפנסיה והצהרה על אמיתות פרטים

אני החתום/ה מטה מבקש/ת להתקבל בזה כמבוטח/ת בקרן.

- הנני מתחייב/ת בזה למלא אחר תקנון קרן הפנסיה, החלטות מוסדותיה המחייבות והוראות הדין. הנני מצהיר/ה כי כל המידע שנמסר על-ידי בטופס זה הוא נכון, מדויק ונמסר מרצוני לצורך חישוב זכויותי בקרן, ידוע לי כי על-פי תקנון קרן הפנסיה כל אדם שקיבל או ניסה לקבל בטעות או בהטעיה או במרמה כספים או זכויות מהקרן רשאית הקרן להפקיע הזכויות שלגביהן נעשו הטעות או ההטעיה או המרמה.
- הריני מסכים/ה שהמידע המפורט לעיל יימסר לצורך עיבודו ואכסונו לכל אדם או גוף שהקרן ו/או מי מטעמה ימצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות תשמ"א-1981.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח: \_\_\_\_\_