

## טופס הצטרפות לקרן פנסיה

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (\*)

### פרטי החברה המנהלת

שם החברה המנהלת*	שם קרן הפנסיה*	קוד קרן הפנסיה
כלל פנסיה וגמל בע"מ	כלל פנסיה	1/170

### פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות/דרכון*	תאריך לידה*	מין*	מצב משפחתי
					<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> ידוע בציבור <input type="checkbox"/> אלמן

יישוב*	ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד

כתובת דוא"ל	טלפון נייד	טלפון קווי	מעמד*
			<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> שכיר בעל שליטה <input type="checkbox"/> עצמאי באמצעות מעסיק

### פרטי בן/בת זוג

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות/דרכון	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה

### פרטי ילדים עד גיל 21

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות/דרכון	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה

### פרטי מעסיק

שם המעסיק*	כתובת המעסיק	מספר טלפון*	ח.פ/עוסק מורשה



**מסלול ביטוח בקרן**

מסלולי הביטוח בקרן פנסיה נבדלים זה מזה בהיקף הכיסוי הביטוחי הניתן למקרה נכות או פטירה.

שם מסלול הביטוח	גיל תום תקופת ביטוח נשים וגברים
<input type="checkbox"/> <b>מסלול 1</b> - מסלול ביטוח 75% לנכות ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) (להלן - מסלול ברירת המחדל).	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67
<input type="checkbox"/> <b>מסלול 2</b> - מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 47 ומעלה).	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67
<input type="checkbox"/> <b>מסלול 3</b> - מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה).	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67
<input type="checkbox"/> <b>מסלול 4</b> - מסלול ביטוח 75% לנכות ו-40% לשאירים.	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67
<input type="checkbox"/> <b>מסלול 5</b> - מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 45 ומעלה).	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67
<input type="checkbox"/> <b>מסלול 6</b> - מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו-40% לשאירים.	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67
<input type="checkbox"/> <b>מסלול 7</b> - מסלול ביטוח לפורשים עד גיל 60, 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 49 ומעלה).	60

**שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי הביטוח המפורטים בטבלה, תבוטח במסלול ביטוח ברירת מחדל לגיל 67.**

**רכישת כיסויים ביטוחיים נוספים**

**קצבת נכות מתפתחת**

אני מבקש/ת לרכוש כיסוי ביטוחי לקצבת נכות מתפתחת.

**קצבת נכות כפולה**

אני מבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לקצבת נכות כפולה.

**שים לב! ככל שלא תבחר לוותר על כיסוי זה, תהיה מבוטח בכיסוי ביטוחי לקצבת נכות כפולה ויגבו ממך דמי ביטוח בגין כיסוי זה.**

ידוע לי כי ברכישת כיסוי ביטוחי זה אהיה זכאי לקצבת נכות מוגדלת בשיעור של 2% שנתי.

ידוע לי כי ויתור על כיסוי ביטוחי זה לא אהיה זכאי לתשלום קצבת נכות בשיעור כפול במהלך שני חודשי הקצבה הראשונים.

**ויתור על כיסוי ביטוחי למקרה מוות (עמית שגילו עד 60) - יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח פתוח**

אני מבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת הזוג בלבד. אין לי בן/בת זוג אך יש לי ילד שגילו פחות מ-21.

אני מבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג ולילדים. אין לי בן/בת זוג ואין לי ילד שגילו פחות מ-21.

\*ידוע לי כי בחלוף שנתיים ממועד אישור הבקשה יחודש הכיסוי הביטוחי לשאירים ויונכו דמי ביטוח מחשובני, אלא אם אודיע לחברה בכתב כי אני מעוניין/ת להמשיך ולוותר על כיסוי ביטוחי זה.

ידוע לי כי אם יחול שינוי במצבי המשפחתי במהלך השנתיים ממועד אישור הבקשה, באפשרותי להודיע לחברה בכתב כי אני מעוניין לחדש כיסוי ביטוחי זה.

עמית אשר יבחר לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג או שאירים יהיה מבוטח בכיסוי ביטוחי לביטול תקופת אכשרה, אלא אם יבקש לוותר על כיסוי זה באופן אקטיבי. יודגש כי כל עוד לא ביקש עמית כאמור, אשר ויתר על כיסוי ביטוחי לשאירים, לוותר גם על הכיסוי הביטוחי לביטול תקופת אכשרה, יגבו ממנו דמי ביטוח בגין כיסוי זה.

**שים לב! בן/בת זוג הוא מי שנשוי לעמית או מי שידוע בציבור כבן / בת זוג של העמית ומתגורר עמו.**

**ויתור על כיסוי לביטול תקופת אכשרה**

אני מבקש/ת לוותר על כיסוי לביטול תקופת אכשרה במקרה של הגדלת הכיסוי הביטוחי לבן/בת זוג ושאירים.\*

\* הויתור יבוצע בהתאם לבחירת ביטול הכיסוי שסימנת בסעיפים מעלה.

לידיעתך, במידה ותבחר לוותר על הכיסוי הביטוחי לביטול תקופת אכשרה, תחול תקופת אכשרה של 5 שנים על הגדלת הכיסוי הביטוחי, בתום תקופת הויתור על כיסוי ביטוחי למקרה מוות.

**ויתור על כיסוי ביטוחי (עמית שגילו לפחות 60) - יש לצרף צילום תעודת זהות**

אני בן/ת למעלה מ-60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לסיכוני נכות.

אני בן/ת למעלה מ-60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג ולילדים.



מסלולי ההשקעה בקרן הפנסיה  
נבדלים ברמת הסיכון והתשואה  
הצפויה לכספך המושקעים בקרן.

## מסלול השקעה בקרן

סמן את מסלול ההשקעה המבוקש:

### רכיב תגמולים

שם מסלול השקעה	קוד מסלול
מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחדל	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 50 ומטה	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 50 עד 60	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 60 ומעלה	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול אג"ח	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול מניות	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול אג"ח עד 15% מניות	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול הלכה	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול כללי	1/170 <input type="checkbox"/>
בחירה במסלול כללי מתאפשרת רק במידה והיית עמית במסלול זה ביום 31.12.2015	

### רכיב פיצויים

שם מסלול השקעה	קוד מסלול
מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחדל	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 50 ומטה	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 50 עד 60	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 60 ומעלה	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול אג"ח	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול מניות	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול אג"ח עד 15% מניות	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול הלכה	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול כללי	1/170 <input type="checkbox"/>
בחירה במסלול כללי מתאפשרת רק במידה והיית עמית במסלול זה ביום 31.12.2015	

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספך במסלול ברירת המחדל. במקרה שבו לא נקבע בהסכם קיבוצי או הסכם אחר כי הפקדה לרכיב פיצויים תבוא במקום פיצויי פיטורים לפי חוק פיצויי פיטורים, בחירה במסלול השקעה לכספי פיצויים השונה ממסלול ברירת המחדל בקרן תותנה בקבלת אישור המעסיק.

## דמי ניהול בקרן הפנסיה

שיעור דמי ניהול מצבירה (שנתי)	שיעור דמי ניהול מהפקדה (חודשי)
%	%

## עמית עצמאי

לגבי עמית עצמאי בלבד - שיעור התגמולים הקובע ואופן חישוב ההכנסה הקובעת יהיו כדלקמן:

16% (ברירת מחדל)

אחר (יש לציין את השיעור) \_\_\_\_\_

**שים לב!** בחירה שונה משיעור ברירת מחדל של הקרן מותנה בהצגת אסמכתה שלפיה דמי הגמולים מההכנסה המבוטחת חושבו לפי שיעור שונה.



## פרטי תשלום של עמית עצמאי

תדירות תשלום	תאריך תחילת גבייה	סכום הפקדה
		₪

**למילוי על ידי עמית שמצטרף באמצעות הצטרפות ישירה** (ללא סוכן פנסיוני, משווק פנסיוני או יועץ פנסיוני)

- אנא סמן אם מתקיימים אצלך אחד או יותר מאלה:
- אני עמית פעיל בקרן פנסיה וותיקה.
- אני מבוטח פעיל בקופת ביטוח (ביטוח מנהלים).

## אישורים

אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה אליי מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין), בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל, באמצעות:

**אמצעי דיגיטלי** (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד)  **דואר רגיל**

**לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה.**

ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכות כל החברות מקבוצת כלל, עבור כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצה, וישמשו לביצוע פניות אליי.

ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון \*5454

- אני מאשר כי החברה תפנה אלי, לצורך הצעת מוצרים ושירותים שונים, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע בכל עת כי איני רוצה לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

**אני מאשר.**

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן הפנסיה, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קופת הגמל: [www.clal.co.il](http://www.clal.co.il)

## פרטי בעל רישיון

שם פרטי	שם משפחה	מס' בעל רישיון	מס' סוכן בחברה	שם סוכנות

## רשימת מסמכים מצורפים

- הצהרת בריאות (בכפוף לשיקול הדעת של החברה המנהלת)
- ייפוי כח - בהתאם להוראות הממונה
- מסמך הנמקה - בהתאם להוראות הממונה
- טופס הוראה לחיוב חשבון - עצמאי (רשות)
- הוראה להפקדה חד פעמית - עצמאי (רשות)
- כתב מינוי אפוטרופוס - (חובה ככל שאפוטרופוס מעורב בתהליך)
- טופס בקשה להעברת כספים - בהתאם להוראות הממונה (רשות)
- תעודת זהות בצירוף ספח פתוח(חובה במקרה של וויתור על כיסוי ביטוחי)
- טופס הצהרת עמית עצמאי לפי צו הלבנת הון (ככל שנדרש)
- בקשה לסיווג התשלומים כתשלומים פטורים (רשות)

חתימת העמית\*: \_\_\_\_\_ תאריך חתימה\*: \_\_\_\_\_

חתימת בעל רישיון: \_\_\_\_\_ תאריך חתימה: \_\_\_\_\_

חתימת אפוטרופוס: \_\_\_\_\_ תאריך חתימה: \_\_\_\_\_



1. פרטים כלליים						
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
			<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה			

2. שאלון מבוא כללי והרחבת שאלון עישון			
שאלון	כן	לא	
			1. האם הנך מעשן בין 21-40 סיגריות ליום?
			2. האם הנך מעשן מעל 40 סיגריות ביום?
			3. האם עברת או הומלץ לך לעבור גמילה מאלכוהול?
<b>א</b>			4. האם צורך / צרכת סמים כעת או בעבר?
<b>ב</b>			5. האם, ככל שידוע לך, קיימת מחלה ו/או הפרעה אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה, הקשורים ללב, סרטן, כלי דם, כליות, סוכרת, מערכת העצבים, הפרעה תורשתית, אם כן נא פרט בשאלון.

3. האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחת או יותר מהמחלות/הפרעות/מומים או בצוע הליך רפואי כלהלן? (על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים)			
שאלון	כן	לא	
<b>ג</b>			1. <b>במערכת העצבים והמוח</b> – לרבות אפילפסיה, כאבי ראש חריפים, מיגרנה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורת, התעלפויות, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיגור, אוטיזם, פוליו, הפרעות קשב וריכוז, הפרעה ו/או עיכוב התפתחותי
<b>ד</b>			2. <b>בנפש</b> – לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח (ציקלותמיה) סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית (PTSD)
<b>ה</b>			3. <b>בדרכי הנשימה, ריאות</b> – לרבות אסטמה, מחלת ריאות חסימתית (COPD), דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.
<b>ו</b>			4. <b>בעור</b> – פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור
<b>ז</b>			5. <b>בלחץ דם מערכת הלב וכלי הדם</b> – לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב ו/או הולכה, איושה, הפרעה במסתמים, מום, צינתור, טרומבозה, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית (PVD)
<b>ח</b>			6. <b>במערכת העיכול</b> – לרבות החזר ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס, ניתוח לקיצור קיבה
<b>ט</b>			7. <b>בקע/הרניה</b> – לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או בצלקת ניתוחית
<b>י</b>			8. <b>בכבד, במרה, בבלב</b> – לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בכיס ו/או דרכי מרה, דלקת בלבב (פנקריאטיטיס)
<b>יא</b>			9. <b>בכליות בדרכי השתן וערמונית</b> – לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, אי ספיקה, כליה פוליציסטית, ערמונית מוגדלת
<b>יב</b>			10. <b>מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה)</b> – לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון (גאוס), FMF, גושה, בלוטת התריס, פרוקטינומה/פרולקטינומה, הפרעות גדילה, הזעת יתר
<b>יג</b>			11. <b>בדם, בטחול, במערכת החיסון</b> – לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון
<b>יד</b>			12. <b>מחלות זיהומיות, מחלות מין</b> – לרבות איידס (גם נשאות), שחפת
<b>טו</b>			13. <b>מחלות ממאירות, גידולים ממאירים</b> – לרבות גידול סרטני ו/או טרום סרטני
<b>טז</b>			14. <b>במערכת השלד והשרירים</b> – לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן (אוסטאופורוזיס/אוסטאופניה), פרטס.
<b>יז</b>			15. <b>במערכת הראיה</b> – לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מס' 7, אובאיטיס, קרטוקונוס
<b>יח</b>			16. <b>באף, אוזן, גרון</b> – פגיעה בשמיעה, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול, אילמות
<b>יט</b>			17. <b>במערכת המין והרבייה</b> – לרבות גוש בשד, הגדלת שדיים, דימומים בלא קשר למחזור, כעת בהריון, ניתוח קיסרי, רחם שרירני, צניחת רחם ו/או נרתיק, בעיות פרויון (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיר, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.
<b>כ</b>			18. <b>מחלות ראומוטיות</b> – (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית (אוסטאוארטרוזיס), דלקת מפרקים שיגרנית (ראומטיד ארטריטיס), לופוס (זאבת), פיברומיאליגיה

4. שאלות נוספות			
שאלון	כן	לא	
			1. האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע? נא פרט את שם התרופה _____ ואת הסיבה _____
			2. האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? אם כן, נא פרט: _____
<b>כא-כב</b>			3. האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה ו/או בדיקות מעבדה עם ממצאים חריגים?
<b>כג</b>			4. האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות?
			5. האם הומלץ על אשפוז סיעודי ו/או ניתן לך טיפול סיעודי בבית ו/או במוסד, מקבל ו/או קיבלת גמלת סיעוד, משתמש בעזרי ניידות כדי ללכת, שימוש בקטטר לשתן/מעיים/קיבה או אחר, אי שליטה על סוגרים, נפילות חוזרות, מוגבל ביצוע אחת מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות, להתרחץ, להתגלח, להתלבש, להתפשט, לקום, לשכב.



**ויתור על סודיות רפואית**

או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. וכן הנני מייפה את "המבקש" לאסוף מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

אני הח"מ נתן בזה רשות לכל קופות החולים ו/או לכל גוף אחר או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, וכן לחברות הביטוח למסור לידי כלל פנסיה (להלן "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שהנני חולה בה כיום, ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/

שם העמית \_\_\_\_\_ ת. זהות \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_

לקבלת מידע שוטף על חשבונך, ניתן להרשם בכתובת: [www.clal.co.il](http://www.clal.co.il)



## הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רישיון) (נספח ב' 2)

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו (צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

### א. מייפה הכוח (הלקוח):

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
כתובת מגורים		

### ב. מיופה הכוח (סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני, במקרה של בעל רישיון שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד)

שם (יחיד/תאגיד)	רישיון מספר	מספר טלפון
אשר הינו:	דוא"ל	
<input type="checkbox"/> יועץ פנסיוני	<input type="checkbox"/> סוכן ביטוח פנסיוני (סמן את האפשרות המתאימה)	

אני החתום מטה, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני ומי מטעמו<sup>1</sup>, לפנות בשמי לגוף המוסדי<sup>2</sup> המפורט לעיל לשם קבלת מידע<sup>3</sup> אודות מוצרים פנסיוניים<sup>4</sup> ותכנית ביטוח<sup>5</sup> הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשותיי להצטרפות למוצר או העברת בקשותיי לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית. אם מנוהלת עבור תוכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיופה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

### ג. הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

1. מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר	2. מספר הקידוד של המוצר (חובה)	3. סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל.
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

\* במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה. אם מועבר מספר הקידוד של המוצר יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני".

\* בממשק האירועים שדה "מספר קידוד אחיד" הוא שדה חובה.

\* **אם סימנתי V בעמודה (3), סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.**

1. **ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסוים)**  
**שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:**
  - בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע על מוצר מסוים, לא יאוחר מ 5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
  - בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, לא יאוחר מ 5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
  - חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם.**
2. **תוקפו של יפוי הכוח**  
**שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:**
  - הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.
  - הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ- 10 שנים עד ליום \_\_\_\_\_

### ולראיה באתי על החתום

חתימת הלקוח \_\_\_\_\_ תאריך החתימה \_\_\_\_\_

שם סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני \_\_\_\_\_ חתימת סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני \_\_\_\_\_ תאריך חתימה \_\_\_\_\_

1. **"מי מטעמו"** - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פנייה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (יעוץ, שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), התשע"ב - 2012.
2. **גוף מוסדי"** - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או קרן פנסיה.
3. **מידע אודות המוצר"** - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיקי, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שיעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככלל שנדרש.
4. **"מוצר פנסיוני"** - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31(ז)(2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.
5. **"תכנית ביטוח"** - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.



## איך תדאגי לפנסיה שלך?

קרן הפנסיה שלך תעניק לך קצבה חודשית לאחר פרישה מעבודה, וכיסוי ביטוחי למקרה שלא תוכל להמשיך לעבוד או למקרה מוות.

### 1 | ביטוח בקרן הפנסיה

**קרן הפנסיה שלך מספקת שני סוגים של כיסויים ביטוחיים במהלך תקופת העבודה:**

**ביטוח למקרה נכות** – אם לא תוכל/י להמשיך לעבוד כתוצאה ממצב רפואי מתמשך, תוכל/י לקבל מקרן הפנסיה קצבה חודשית לתקופת הנכות.

**ביטוח למקרה מוות** – אם תלך/י לעולמך חס וחלילה, בן/בת הזוג שלך יקבל קצבה חודשית מהקרן לכל ימי חייו/ה וילדיך יקבלו קצבה חודשית עד גיל 21.

תוכל/י לבחור מסלול ביטוח בקרן המתאים לצרכיך בכל עת באמצעות שליחת בקשה בעניין לקרן. אם אין לך בן/בת זוג וילדים, באפשרותך לוותר על כיסוי ביטוחי למקרה מוות. שימי לב, עליך לחזור ולעדכן את הקרן כל שנתיים שלא חל שינוי במצבך, כדי שלא יגבו ממך את עלות הביטוח מחדש. בחמש השנים הראשונות בקרן פנסיה לא תקבלי/י פיצוי אם מקרה הביטוח נובע ממחלה שהייתה לך לפני שהצטרפת לקרן פנסיה.

#### שימי לב!

באפשרותך לשמור על הכיסוי הביטוחי מקרנות קודמות שצברת לאורך תקופת החיסכון ולהזיל את עלויות הביטוח באמצעות העברת הכספים לקרן החדשה שלך. הפסקת הפקדות לקרן מבטלת את הכיסוי הביטוחי ולא תוכל/י להשיג לאחר מכן את אותם התנאים. במקרה של הפסקת עבודה (לדוגמה, בעקבות חופשת לידה מעל 5 חודשים), ניתן לשמור על רציפות הכיסוי הביטוחי למשך תקופה מוגבלת, ע"י תשלום עבור הכיסוי הביטוחי בלבד.

### 2 | חיסכון בקרן פנסיה

הקצבה החודשית של פנסיה תקיבה בהתאם לסכום שמופקד מדי חודש, הרווח ששיגי הכסף שלך, ובניכוי דמי ניהול ועלות הכיסוי הביטוחי. חיסכון לתקופה ארוכה יותר, דמי ניהול נמוכים יותר, ואי משיכת כספים לאורך תקופת החיסכון יבטיחו לך קצבה חודשית גבוהה יותר. לבחירתך עומדים מספר מסלולי השקעה בקרן הפנסיה.

#### שימי לב!

משיכת פיצויים עלולה להקטין את הקצבה החודשית שלך בכ-40%.

### 3 | דמי ניהול בקרן פנסיה

עבור ניהול כספי החיסכון שלך תשלם דמי ניהול לקרן הפנסיה. להלן דמי הניהול המוצעים הנגבים מעמיתים בקרן **כלל פנסיה**.

דמי ניהול ממוצעים בקרן בשנת 2019	
מסך החיסכון	מההפקדה החודשית
0.21%	2.02%

#### שימי לב!

• שיעור דמי הניהול משפיע על גובה החיסכון שיעמוד לרשותך בגיל פרישה.

