

## 1. פרטים כלליים

הנני מבקש להצטרף כמבוטח להלמן-אלדובי קרן פנסיה (סמן x במשבצת המתאימה):

מקיפה מס. אישור מ"ה 1/1032  כללית מס. אישור מ"ה 1/1177. אין למלא תוכנית ביטוח ומסלולי השקעות וכן סעיפים: 8 ו 10 - עבור עמית הבוחר בקרן כללית.

בקרן המקיפה בלבד\*: בחירת תוכנית ביטוח ובמסלול השקעות (סמן x במשבצת המתאימה):

תוכנית מקיפה (ברירת מחדל) ביטוח נכות ושארים בגובה המקורב לפנסיית הזקנה הצפויה  תוכנית עתירת ביטוח שאירים  תוכנית עתירת ביטוח שאירים  
 תוכנית עתירת ביטוח ביטוח נכות ושארים בשיעורים מוגדלים ע"ח החיסכון  תוכנית עתירת חסכון  חסכון מרבי לפנסיית זקנה, ביטוח שאירים ונכות בשיעורים מופחתים  תוכנית עתירת ביטוח נכות ביטוח שאירים בשיעור מופחת וביטוח נכות בשיעור מוגדל

מסלולי השקעות (בקרן המקיפה בלבד)\*:  ברירת מחדל  ארוך  בינוני  קצר  שוטף

- ברירת מחדל: ארוך - עד גיל 35, בינוני-מגיל 35 עד 5 שנים לפני גיל פרישה, קצר-5 שנים לפני גיל הפרישה ועד גיל הפרישה, שוטף-מגיל פרישה ועד פרישה בפועל.
- בהיעדר בחירה תבטח ב: "הלמן-אלדובי קרן פנסיה מקיפה", בתוכנית ביטוח: "מקיפה" ובמסלול השקעות "ברירת המחדל".
- ידוע לי כי באם בחרתי במסלול השקעות השונה ממסלול ברירת המחדל, יופקדו כספים במסלול שבו בחרתי וזאת עד להודעתי בדבר בחירת מסלול השקעה שונה.
- בחירת מסלולי ההשקעה והכיסוי הביטוחי נעשית על פי בחירתי והנני פוטר בזאת את החברה המנהלת מכל אחריות בקשר עם בחירתי זו.

חתימת העמית



גיל פרישה לפנסיית זקנה (סמן x):  60  על פי החוק (גבר 67, אישה 64) בהיעדר בחירה גיל הפרישה יהיה על פי החוק.

## 2. פרטי המבוטח

אני מבקש לקבל עדכונים ודיווחים תקופתיים באמצעות הדוא"ל עד אשר אודיעכם אחרת:

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	שם משפחה קודם	שם האב
מין	מצב משפחתי	השכלה	האם באורך חיך ובתחביבך יש סיכון מיוחד? אם כן פרט,		
רחוב / ת.ד. / ד.ג.	מספר	עיר / ישוב	מיקוד	מספר טלפון בבית	
מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון נייד	מקום עבודה נוכחי	עיסוק	תחילת עבודה	

## 3. פרטי בן/בת זוג

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה קודם	תאריך לידה	תאריך נישואין	מקום עבודה
-----------	---------	---------------	------------	---------------	------------

## 4. ילדים עד גיל 21

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך לידה	מין

ילדים נכים או מוגבלים (לרבות ילדים מעל גיל 21)

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין

## 5. למילוי ע"י המעסיק (לשכיר בלבד)

אני מבקש לקבל עדכונים ודיווחים תקופתיים באמצעות הדוא"ל, עד אשר אודיעכם אחרת:

שם המעסיק	כתובת למשלוח דואר				
טלפון	פקס	איש קשר ותפקידו			
טלפון ישיר	פקס ישיר	אופן העברת תשלום			
שכר מבוטח ראשוני	תאריך תחילת גביה	בגין חודשי שכר	סוג הצמדה	<input type="checkbox"/> לשכר עם תוספת יוקר עד תקרה, <input type="checkbox"/> לשכר עם תוספת יוקר ללא תקרה, <input type="checkbox"/> לשכר בלבד ללא תוספת יוקר, <input type="checkbox"/> למדד	

מבנה הפקדות חודשי כ - % משכר מבוטח חודשי (סמן x במשבצת המתאימה):

תגמולי עובד (עד 7%)  תגמולי מעסיק (עד 7.5%)  ע"ח פיצויי פיטורין (עד 8.33%)

**הצהרת המעסיק:** ידוע לי כי הצטרפות העובד תכנס לתוקף רק לאחר אישור החברה ותשלום ראשון של דמי הגמולים השוטפים, וכי כל עוד לא אושרה ההצטרפות יחשב התשלום כמקדמה. בחתימתי על מסמך זה ועד אשר אודיעכם אחרת, הנני מביע את הסכמתי לקבל דיווחים, פרסומים והודעות אחרות לכתובת הדואר האלקטרוני שציננתי או בדרך אחרת, לרבות באמצעות פקסימיליה, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר

חתימה + חותמת המעסיק



## 6. עצמאי

בתשלומים חודשיים של \_\_\_\_\_ ₪ צמוד למדד מידי חודש, בתוספת ריאלית בשיעור שנתי של: 1%, 2%, 3%, \_\_\_\_\_ % ,  
 הצמדה בלבד ללא תוספת.

הנני מצרף אישור ההפקדה מבנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ ע"ס \_\_\_\_\_ ש"ח  
 עבור \_\_\_\_\_ חודשים בשנת המס הנוכחית.

חתימה



תאריך

## 7. קרנות פנסיה / קופות גמל / פוליסות ביטוח בהם בוטחת לפני הצטרפות לקרן הפנסיה:

שם קופה / קרן פנסיה / ביטוח	סוג	מעמד	תאריך וותק	האם קיימות זכויות לפנסיית נכות?	האם קיימות זכויות לפנסיית שאירים?

## 8. הצהרת בריאות - נא לענות על כל השאלות

### □ ללא חיתום - מסלול ברירת מחדל

- גובה \_\_\_\_\_ ס"מ, משקל \_\_\_\_\_ ק"ג עישון בשנה אחרונה: □ לא □ כן, כמות ליום \_\_\_\_\_
- האם בקרת אצל רופא (מלבד לבדיקה שגרתית) או אושפזת בבית חולים בשנתיים האחרונות? □ לא □ כן, אם כן, פרט: \_\_\_\_\_
  - האם הנך סובל/ת או סבלת בעבר מאחת מן המחלות/ בעיות באיברים הבאים: לב וכלי דם, לחץ דם, מערכת העצבים והמוח, סוכרת, ריאות, כליות, עיכול, כבד, גידול סרטני, הפרעות נפשיות, בעיות גב ועמוד שדרה? □ לא □ כן, אם כן, פרט: \_\_\_\_\_
  - האם נעדרת מעבודתך מפאת מחלה או תאונה למעלה מ- 3 ימים ברציפות במהלך השנה האחרונה? □ לא □ כן, אם כן, פרט: \_\_\_\_\_
  - האם הנך נוטל/ת תרופות באופן קבוע? □ לא □ כן, פרט: \_\_\_\_\_
  - האם הנך משתמש/ת או השתמשת בעבר בסמים? □ לא □ כן, פרט: \_\_\_\_\_
- צורך משקאות חריפים על בסיס יומי? □ לא □ כן, פרט: \_\_\_\_\_

● הנני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי בהצהרה זו, כולם או חלקם, הינם הפרטים הנכונים והמלאים לגבי מצב בריאותי במועד ההצהרה וכי לא אהיה זכאי לפנסיות נכות, ושאירי לא יהיו זכאים לפנסיות שאירים, ככל שהנכות או הפטירה, הערות

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת העמית/ה

## 9. מינוי מוטבים בהעדר שאירים זכאים כהגדרתם בתקנון הקרן

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קירבה	אחוז	הערות

צו קיום צוואה, בכפוף לאמור בתקנון הקופה. רשמתי לפני את הודעת החברה המנהלת לפיהעד שלא אמסור את פרטי המוטבים המחויבים, תנהג כאילו לא מיניתי מוטבים ויחול האמור בתקנון הקרן.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת העמית/ה

- יודע לי כי זכותי לחזור בי מהודעה זו ובלבד שאודיעכם על כך בכתב, במקור ובצירוף צילום תעודת זהות
- באין שאירים זכאים במקרה של פטירה ובהתאם להוראות תקנון הקרן, הנני מורה לכם בזאת לשלם לאחר מותי את כל הכספים בקרן, שיצטברו לזכותי למוטבים המפורטים בטבלה שלהלן בהתאם לחלקים המצוינים לצד שמו של כל אחד מהם. בהיעדר ציון חלקים יחולקו הכספים בחלקים שווים ביניהם. לא מונע על ידי מוטבים, ישולמו הכספים ליורשיי על פי דין או על פי

## 10. ויתור על ביטוח שאירים - נא לצרף צילום תעודת זהות כולל הספח עם פירוט המצב המשפחתי

- לא □ מבוטח ללא בן/בת זוג ווללא ילדים - ויתור על הכיסוי הביטוחי לבן/בת הזוג וילדים במקרה של פטירת המבוטח
- לא □ מבוטח ללא בן/בת זוג ועם ילדים - ויתור על הכיסוי הביטוחי לבן/בת הזוג במקרה של פטירת המבוטח: □ הנני מבקש כיסוי ביטוחי רגיל לילדים □ הנני מבקש כיסוי ביטוחי מוגדל לילדים

יודע לי כי בתום תקופת היתור יתחדש הביטוח לשאירים במסגרת תוכנית הביטוח שבחברתי, אלא אם הודעת לקרן בעת 60 יום לפני תום התקופה הנ"ל על רצוני להמשיך לזאת על כיסוי ביטוחי לשאירים כאמור.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת העמית/ה

● **הצהרה:** הנני מצהיר כי אין לי בן/בת זוג ו/או ילדים (כהגדרת מונחים אלה בתקנון הקרן) בהתאם לבהירתי שלעיל והנני מבקש להצטרף לקרן בתוכנית הביטוח שבחברתי, תוך ויתור על כיסוי ביטוחי לשאירים המקנה זכויות לבן/בת הזוג ו/או לילדים - בהתאם לבהירתי שלעיל. יודע לי כי ויתורי הינו לתקופה של 24 חודשים או עד למועד בו אודיע לקרן כי נוספ לי בן/בת זוג ו/או ילדים העונים על הגדרת שאירי מבוטח לפי המוקדם מבין השינויים. הנני מתחייב להודיע לקרן בכתב על כל שינוי שיחול בהצהרה זו.

## 11. הצהרת המועמד להצטרפות לקרן

- אני החתום טסה מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי בבקשת הצטרפות זו הינם מלאים, נכונים ומדויקים.
- אם חלקי במבוטח בקרן הריני מתחייב להודיעכם על כל מידע שלא היה בידיעתי בעת הצהרה זו ועל כל שינוי שיחול בפרטים אלה תוך 30 יום ממועד השינוי.
- כמו כן, יודע לי כי במקרה של מסירת פרטים לא נכונים או לא מלאים או לא מדויקים שיש בהם להשפיע על קבלתי או זכויותי בקרן או במקרה של פיגור בתשלומים, רשאית החברה המנהלת לשלול ו/או להפחית תשלומים ו/או זכויות כלשהן, לרבות זכויות ביחס לכיסוי ביטוחי.
- יודע לי כי קבלת דמי גמולים על ידי הקרן אין בה כשלעצמה משום הסכמה לקבלתי כמבוטח בקרן.
- יודע לי כי זכויותי וחובותי בקרן הינן בהתאם לתקנון הקרן והחלטות החברה, כפי שתהייה מעת לעת והכל בהתאם ובכפוף להוראות הדין, כפי שתהייה מעת לעת.
- הנני נתון הסכמתי לחברה המנהלת או למי מטעמה לבצע אימות נתונים מול מרשם האוכלוסין של משרד הפנים לנתונים אשר מופיעים בתעודת זהות. הנני מאשר לכם לשנות את פרטי המען בהתאם למרשם התושבים.
- יודע לי כי ההפרשה לקרן פנסיה מקיפה מוגבלת ל- 20.5% מפעמיים השכר הממוצע במשק. במקרה שיעבר לקרן המוקדם דמי גמולים העולים על המותר, הנני מורה לכם להעביר את הסכום העודף ל"הלמן-אלדובי קרן פנסיה כללית".
- ככל שההצטרפות הינה באמצעות בעל רישון: יודע לי כי בהתאם לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ניסוק) ביועץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני, התשס"ה-2005, על בעל הרישון להתאים את המוצר הפנסיוני ללקוח, ככל שהלקוח הסכים ליתן מידע. אני מאשר כי קיבלתי ייעוץ כאמור לגבי בקשת הצטרפותי לקרן. יודע לי כי נציג הקופה/הסוכן הינו בעל זיקה לקרן הפנסיה של החברה וכי הוא אינו יועץ פנסיוני.
- לגבי הקרן המקיפה: דמי הניהול שייבו מחשבוני יסתכמו בשיעור שנתי של עד 6% מתוך דמי הגמולים השוטפים המשולמים לקרן. בנוסף, ייגבו דמי ניהול בשיעור של עד 0.5% לשנה מיתרה הצבורה על שמי. החברה רשאית לקבוע הסדרים פרטניים לגביית דמי ניהול נמוכים יותר.
- לגבי הקרן הכללית: דמי הניהול שייגבו מחשבוני יסתכמו בשיעור שנתי של עד 1.1% מהיתרה הצבורה ועד 4% מכל הפקדה. החברה המנהלת רשאית לקבוע הסדרים פרטניים לגביית דמי הניהול נמוכים יותר.
- קיבלתי את הצהרת החברה כי לא תיתן ולא ניתנה על ידה כל הטבה למעבידי או לארגון מעבידים או לארגון עובדים או לגוף אחר שמוחזק בידי מי מהם (במשיכון או בעקיפין, היא יעבור האחזקה אשר היא) עקב הצטרפותי לקרן.
- אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם חשבוני באמצעות הטלפון, האינטרנט או באמצעות תקשורת חלופית (להלן: "קווי תקשורת") וכי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי התקשורת. יודע לי כי

□ אני מעוניין כי הנתונים אודותיי ישמשו לצרכים כאמור לעיל.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת העמית/ה

## 12. לשימוש משרדי

תאריך הצטרפות	ההרבות/התניות	תאריך	חתימה	האם יש קופת גמל/קרן השתלמות ב"הלמן-אלדובי"?
				□ כן □ לא
שם הסוכן/יועץ	מספר הסוכן/יועץ	מספר הבנק/המפקח	מספר הסניף/הסוכנות	

הצהרת היועץ הפנסיוני: יידעתי את הלקוח בדבר היותי בעל רישון יועץ פנסיוני וכי אין לי זיקה לקרן הפנסיה של החברה המנהלת בגין הצטרפותו של הלקוח לקרן הפנסיה שבניהולה. הנני מאשר כי העמית חתם בפניי על בקשת הצטרפות זו.

שם בעל הרישון: \_\_\_\_\_ מס' רישון: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן/יועץ הפנסיוני

### הערות

אישור הסוכן / משווק פנסיוני / נציג הקופה  
העמית/פועל החשבון זוהה על ידי וחתם בפניי ופרטיו אומתו וצילום תעודת זהות/דרכון (לתושב חוץ) מצורף לטופס זה. יידעתי את העמית בדבר היותי בעל רישון סוכן פנסיוני/סוכן ביטוח וכן על זיקתי לקופת הגמל המנהלת לאור זכאותי לקבלת טובות הנאה מהחברה המנהלת בגין הצטרפותו של הלקוח כעמית לקופת הגמל שבניהולה.

שם המאמת: \_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה וחתימת