

ה פרטי המעסיק

שם המעסיק		מס' ת.זהות/ח"פ/ח"צ	
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד
טלפון	פקס	איש קשר	
דואר אלקטרוני		E-Mail	

ו אופן חלוקת ההפקדות

מבוטח שכיר שכר מבוטח: ש"ח <input type="checkbox"/> קיים הסכם בין המעסיק למבוטח לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין תשכ"ג - 1963		מבוטח שכיר פנסיית חובה במקרה שלא נבחר מסלול הביטוח, מסלול ברירת המחל הוא מקיפה נכות מוגדלת 75%. <input type="checkbox"/> שיעורי הפרשה על פי צו הרחבה אחר:		<input type="checkbox"/> מבוטח שכיר - סעיף 47 ש"ח	
חלוקה	עובד	מעביד	חלוקה	עובד	מעביד
פיצויים%%	פיצויים%%
תגמולים%%	תגמולים%%

מבוטח עצמאי
 אני מורה לכם לחייב את חשבוני בנק (על פי ההרשאה המצורפת) מידי חודש כדלקמן:
 דמי הגמולים עבור החודש הראשון: ש"ח
 תשלום חודשי צמוד למדד: כן לא

ז הסדר פנסיית נכות מתפתחת*

הנני מבקש להצטרף להסדר פנסיית נכות מתפתחת, המזכה אותי בקרות אירוע נכות בתשלום פנסיית נכות שתתעדכן בשיעור חודשי של 0.165% (2% שנתי).
 תאריך:
 חתימת המבוטח:

*ניתן לבחור בהסדר "פנסיית נכות מתפתחת" בכל מסלולי הביטוח, למעט במסלולי הביטוח בפרישה מוקדמת.

ח בחירת אפיק השקעה

לבחירת אפיק השקעה שאינו אפיק השקעה כללי - אפיק ברירת המחל 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 בן/ת זוג * ויש לי ילדים/ים שגילם 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 בן/ת זוג * ואין לי ילדים/ים שגילם 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.

*בן/ת זוג- מי שנשוי/נשואה ורשום כדון במרשם האוכלוסין או מי שהוכר כידוע/ה בציבור על ידי ערכאה שיפוטית מוסמכת, בהתאם להוראות תקנון הקרן.

לתשומת ליבך, ככל שלא תסמן אחת מהאפשרויות או לחילופין תסמן יותר מאפשרות אחת, בקשתך לויתור על כיסויי ביטוחי לשאירים לא תעודכן. הבקשה תיכנס לתוקף במועד קבלתה במשרדי החברה.

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 כיסויי ביטוחי לשאירים, יהא עליי לחדשו לפני סיומו. אם יחול שינוי במצבי המשפחתי כפי שהוצהר לעיל, יהיה עליי להודיע לכם על כך תוך 90 יום ממועד שינוי הסטטוס, שאם לא כן, תהיה קרן הפנסיה פטורה מתשלום פנסיה לשאירים.

תאריך:
 חתימת המבוטח:

י הסכם צירוף / המשך חברות בקרן

הואיל: והקרן היא קרן פנסיה מקיפה שקיבלה את אישור פעולתה ממשרד האוצר והיא מנוהלת בידי הראל ניהול קרנות פנסיה בע"מ שהיא מבוטח מורשה. לפיכך הסכם 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 בגינו לקרן דמי גמולים מדי חודש בחודשו על פי הוראות הדין (להלן: "תקרת ההפקדה"). יתרת דמי הגמולים שמעבר לתקרת ההפקדה יועברו לקרן הפנסיה הכללית המנוהלת ע"י החברה המנוהלת 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.

הצהרת המבוטח:
 ידוע לי כי הצטרפותי לקרן הפנסיה או המשך חברותי בה מותנות באישור הראל ניהול קרנות פנסיה בע"מ בהתאם לאמור בתקנון ובהוראות הדין.

תאריך:
 חתימת המבוטח:

יא הצהרת המעסיק

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

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



חתימת המעסיק

תאריך

יב הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

1. אני מצהיר כי המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה וכי ידוע לי כי הוא הכרחי לצורך הצטרפותי וטיפולכם בחשבונתי בקרנות הפנסיה של הראל. הנני נותן את הסכמתי לכך שהחברה וחברות אחרות בקבוצת הראל תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בחשבונתי.

2. 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.

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 חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).



חתימת המבוטח

תאריך

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.

3. אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או המוצרים שיש לי בחברתכם, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל האחרונה שנמסרה לכם, במקום בכתב. ידוע לי כי ייתכן וישלח אלי חומר הנוגע לענייני הפרטיים כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות, ולפיכך אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.



חתימת המבוטח

תאריך

יג בקשה להצטרף כמבוטח לקרן פנסיה

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

1. 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.

2. 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.



חתימת המבוטח

תאריך

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

■ מס' פקס בהראל פנסיה: 03-7348048
■ כתובת מייל בהראל פנסיה: pensiards@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל. 1-700-70-28-70

טופס זה אינו מיועד עבור מחלות קשות ומיועד למצטרפים לקרן פנסיה.

שם משפחה		שם פרטי		מס' ת.ז.		תאריך לידה	
רחוב		מס'	ישוב	מיקוד			
טלפון בית		טלפון עבודה		טלפון נייד		מין נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
קופת חולים		סניף		שם הרופא המטפל			
מקצוע/עיסוק		מעסיק		תחביב			
דואר אלקטרוני E-Mail							

ב שאלות על מצב בריאות

לא	כן	
		1 גובה: ס"מ משקל: ק"ג
		2 עישון: <input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי ואיני מעשן <input type="checkbox"/> עישנתי עד שנת: כמות ביום: מעשן משנת: כמות ביום:
		3 א. האם אתה צורך או צרכת בעבר סמים כלשהם? ב. האם אתה צורך משקאות חריפים באופן קבוע?
		4 א. האם הנך סובל או סבלת ממחלות לב, סרטן, סכרת, יתר לחץ דם, מחלות במערכת הכליות והשתן, במערכת העיכול, ריאות דרכי נשימה, שלד, פרקים, שרירים וכאבי גב, איידס/נשא איידס הפטיטיס? ב. האם הנך סובל או סבלת ממחלות עצבים, הפרעות נפשיות או הפרעות במוח?
		5 א. האם נקבע לך ע"י המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון, או גורם אחר כלשהו שיעור נכות של 35% או יותר, או הוגשה מטעמך בקשה אשר הדיון בה טרם הסתיים לקביעת דרגת נכות כאמור? ב. האם אושפזת בבית חולים כתוצאה מתאונה או מחלה? ג. האם עברת ניתוח ו/או יעוץ לעבור ניתוח שלא קשור לאחת המחלות המופיעות בהצהרת הבריאות? ד. האם הנך משתמש בתרופות באופן קבוע?
		6 א. האם יש במקצועך, עיסוקך, תחביבך או אורח חייך סיכון מיוחד? אם התשובה לאחת או יותר מהשאלות חיובית - נא פרט (וצרף מסמכים רפואיים):

ג הצהרת המועמד וויתור על סודיות רפואית

שם משפחה		שם פרטי		מס' ת.ז.	
קופת חולים		סניף		שם הרופא המטפל	
<p>נותן בזאת רשות לכל שירותי הבריאות ו/או קופת החולים ו/או לעובדיהם הרפואיים ו/או למוסדותיהם ו/או לסניפיהם, מכניהם ומעבודותיהם, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים לרבות בתי החולים, המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון, החברות לביטוח וקרנות הפנסיה, למסור להראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ או מי מטעמה ו/או בא כוחה (להלן: "המבקש") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה או מום שחליתי ו/או לקיתי בו בעבר ו/או שהנני חולה או לוקה בו כעת, או שאחלה או אלקה בו בעתיד, והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד, מכון או מעבדה ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.</p> <p>תאריך: חתימת המועמד:</p> <p>הוסבר לי ואני מסכים, כי ככל שיימצא שהפרטים שמסרתי בהצהרה זו, כולם או מקצתם, אינם הפרטים הנכונים והמלאים לגבי מצב בריאותי במועד מתן ההצהרה, לא אהיה זכאי לפנסיה נכות, ובמקרה של פטירה חו"ח, שאירי לא יהיו זכאים לפנסיה שאירים, ככל שהנכות או הפטירה, לפי העניין, אירעו כתוצאה ממצבי הבריאותי, נכון למועד חתימת טופס זה, עליו לא דיווחתי כנדרש בטופס זה.</p> <p>תאריך: חתימת המועמד:</p>					

העמוד הבא (עמ' 5) נדרש למילוי רק למצטרף באמצעות סוכן

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

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

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

לכבוד

..... (שם הגוף המוסדי)

מייפה הכוח (הלקוח):

שם: מספר זיהוי:

כתובת:

מיופה הכוח (בעל הרישיון, במקרה של בעל רישיון שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד):

שם (יחיד /תאגיד): רישיון מס':

סוכן מס':

אשר הינו: (1) יועץ פנסיוני (2) סוכן ביטוח פנסיוני (3) משווק הפנסיוני

סמן את האפשרות המתאימה.

טלפון: דואר אלקטרוני:

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של בעל הרישיון ומי מטעמי¹, לפנות בשמי לגוף המוסדי² המפורט לעיל לשם קבלת מידע³ אודות המוצרים⁴ שלי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשותי להצטרפות למוצר או העברת בקשותי לביצוע פעולות בו. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית.

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

(1) מספר חשבון הלקוח במוצר הפנסיוני	(2) מספר קידוד של המוצר הפנסיוני	(3) בעל הרישיון יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל

- 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.
- במקרה של בקשת מידע בלבד אין חובה לקדד במספר הקידוד של המוצר הפנסיוני את ספרות המסלול.
- אם סימנתי בעמודה (3), בעל הרישיון יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.

1. ביטול הרשאה קודמת

בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לבעל רישיון אחר לגבי המוצרים הכלולים בהרשאה ושאינם עבור קבלת מידע בלבד אז תוך 10 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.

2. תקופו של ייפוי כוח

שים לב! 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:

.....

תאריך החתימה

.....

חתימת הלקוח

.....

תאריך החתימה

.....

חתימת בעל רישיון

.....

שם בעל הרישיון

¹ "מי מטעמי" - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות בפקיח על שירותים פיננסיים (ייעוץ 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 של קרן פנסיה.

³ "מידע אודות מוצר" - 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 שכה הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבדים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש.

⁴ "מוצר" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני בסעיף 31(ז)(2) לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח שאינה כלולה במוצר פנסיוני ואינה נמכרת אגב אותו מוצר כהגדרתה בסעיף 31(ז)(1) לחוק הייעוץ הפנסיוני, למעט תכנית ביטוח כאמור הכלולה במוצר ביטוח שאינו מוצר פנסיוני.