

לשימוש משרדי קוד סריקה 258

שם הסוכן / המק"ל / המשווק
מספר הסוכן / המק"ל / המשווק

הטופס מנוסח בלשון זכר אך תקף לבני שני המינים

אני החתום מטה, מבקש להצטרף כעמית לקרן הפנסיה: כלל פנסיה (להלן: "קרן הפנסיה").

## טופס בקשת הצטרפות לקרן הפנסיה - עמית שכיר

### א. פרטי העמית

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א
<input type="checkbox"/> הנני <input type="checkbox"/> מסכים <input type="checkbox"/> לא מסכים כי הדיווחים בכפוף להוראות הדין, ישלחו אליי בדוא"ל זה, במקום באמצעות דואר רגיל		דוא"ל @			
כתובת	יישוב	רחוב	מס' או ת"ד	מיקוד	
מספר טלפון	מספר נייד	מקצוע	שם מעסיק	עיסוק	

### ב. פרטי בני המשפחה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	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
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה

### ג. מינוי מוטבים (בהיעדר שאירים\*)

אם במקרה פטירה לא יהיו לי שאירים, הנני ממנה בזה את הזכאים המפורטים מטה כמוטבים לעניין קבלת היתרה הצבורה לאחר מותי:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	קירבה	חלוקה ב-%

\* המוטבים שמונו יהיו זכאים לזכויות המקנות למוטבים בהתאם לתקנון הקרן. יובהר כי ככלל זכאותם של המוטבים קמה רק בהיעדר "שאירים" כהגדרתם בתקנון הקרן, ובהיעדר שאירים ו/או מוטבים תועבר היתרה הצבורה ליורשים לפי צו ירושה או צו קיום צוואה.

### ד. שאלות לזיהוי טלפוני - בעת פנייה טלפונית לקרן, תיידרש לענות על שאלה זו, לצורך שמירה על חשאיות הנתונים הכספיים בקרן.

1. שם עיר המגורים בה נולדת \_\_\_\_\_ 2. שם ביה"ס בו למדת בכיתה א' \_\_\_\_\_ 3. שם סבך מצד אמך \_\_\_\_\_

### ה. מסלולי ביטוח (נא לסמן ב-X עמית שלא בחר באחד מהמסלולים יבטח ככרירת המחדל במסלול הבסיסי)

<input type="checkbox"/> מסלול בסיסי	<input type="checkbox"/> מסלול בסיסי נכות מינימלית	<input type="checkbox"/> מסלול יסודי	<input type="checkbox"/> מסלול משפחה	<input type="checkbox"/> מסלול עתיר ביטוח נכות	<input type="checkbox"/> מסלול עתיר ביטוח שאירים	<input type="checkbox"/> מסלול עתיר חסכון בפרישה מוקדמת	<input type="checkbox"/> מסלול עתיר חסכון
--------------------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------------------	--	--	---	---

הגדלת הכיסוי הביטוחי לנכות ו/או שאירים תעשה בכפוף לאישור הקרן ותחייב בתקופת אכשרה בת 5 שנים למחלה שקדמה למועד בקשה לשינוי המסלול. ניתן לעבור ממסלול למסלול באמצעות בקשה בכתב על גבי טופס "בחירת מסלול ביטוח".

### ו. ויתור על כיסוי ביטוחי לפנסיה שאירים אם ברצונך לוותר על כיסוי ביטוחי לפנסיה שאירים או חלק ממנו סמן X (יש לצרף צילום ת.ז. + ספח פתוח)

ברצוני לוותר על הכיסוי הביטוחי לפנסיה שאירים לכן / בת הזוג וילדיים.

ברצוני לוותר על הכיסוי הביטוחי לפנסיה שאירים לכן / בת הזוג בלבד.

ויתור כאמור יהיה תקף למשך 24 חודשים או עד למועד בו תתקבל בקרן הודעה לפיה נוסף לך בן / בת זוג ו/או ילדים המוקדם מביניהם. בתום 24 חודשים, אם לא השתנה מצבך המשפחתי, ניתן להאריך את התקופה לתקופה נוספת של 24 חודשים בהודעה בכתב וחוזר חלילה. הויתור האמור אפשרי רק במידה ואין לך שאירים חוקיים כהגדרתם בתקנון הקרן. עמית שלא ביקש לוותר על הכיסוי הביטוחי, ינכח ממנו כיסויים ביטוחיים לסיכונים מוות, וזאת אף אם אין לו בן/בת זוג ו/או ילדים

### ז. ויתור על כיסויים ביטוחיים מעל גיל 60 (תקף לעמיתים בני 60 ומעלה בלבד - יש לצרף צילום תעודת זהות)

ברצוני לוותר על מלוא הכיסוי הביטוחי לפנסיה נכות ושאירים.

לשימוש משרדי

שם הסוכן / המק"ל / המשווק
מספר הסוכן / המק"ל / המשווק

ח. פרטי העמית לביקורת

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
----------	---------	-----------

ט. מסלול השקעות באפשרותך לבחור מסלול השקעות בו יושקעו כספיך הצבורים בקרן:

שם המסלול	ספיר	כהלכה חושן	ענבר	סה"כ
% השקעה	%	%	%	100%

- עמית שלא בחר באחד מהמסלולים יכונס במסלול השקעה "ספיר".  
ניתן ליצור תמהיל השקעות בין 2 מסלולי השקעה בו זמנית בלבד.

י. הצהרת העמית

אני החתום/ מטה מבקש/ת להצטרף כעמית ל"קרן הפנסיה" ומאשר בזאת ומצהיר/ת כדלהלן: ידוע לי כי הצטרפותי לקרן הפנסיה וזכויותי בה, יקבעו בהתאם להוראות הדין ולהוראות תקנון קרן הפנסיה, ובכפוף לשינויים אשר יחולו בהם מעת לעת. הפרטים שמסרתי בבקשת הצטרפות זו נכונים ומדויקים, ולא הסתרתי כל מידע רלוונטי עליו נתבקשתי להצהיר. כמו כן, הנני מתחייב/ת להודיעכם על כל שינוי בפרטי. ידוע לי כי במקרה של מתן תשובות כוזבות או לא מלאות בכוונה או בידעין, רשאית קרן הפנסיה לשלול ו/או להפחית תשלומים ו/או זכויות פנסיוניות בהתאם לתקנון קרן הפנסיה ולדין. אני מאשר ונותן בזאת את הסכמתי לקרן הפנסיה לבצע אימות נתונים מול מרשם האוכלוסין של משרד הפנים, לנתונים הבאים: תעודת זהות, שם משפחה ופרטי, שם האב, מצב משפחתי, מען מלא, מין ותאריך לידה. אני מאשר לכם בזאת לשנות את פרטי המען בהתאם לאמור במרשם התושבים. ידוע לי כי עפ"י תקנות מס הכנסה (כללים לאישור וניהול קופות גמל) התשכ"ד-1964 ניתן לבטח בקרן פנסיה חדשה מקיפה הכנסה שאינה עולה על התקרה שנקבעה בתקנות. במקרה שיועברו דמי גמולים עוזפים הנני מורה לכם להעביר את דמי הגמולים העוזפים לקרן פנסיה כללית שבניהול החברה המנהלת של קרן הפנסיה. דמי הניהול שיוכבו יהיו דמי ניהול מירביים. העברה לקופת גמל או לקופת ביטוח אחרת, תעשה לפי פנייתי בכתב ובתיאום עם קרן הפנסיה ו/או המעסיק.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת העמית/ה \_\_\_\_\_

יא. פרטי המעסיק

שם מעסיק (שדה חובה)	מספר החברה (ח"פ) / ח"צ / זהות (שדה חובה)		
כתובת	יישוב	רחוב	מס' או ת"ד
מספר הטלפון	מספר נייד	דוא"ל	מיקוד
איש הקשר	תפקיד	האם איש הקשר מורשה חתימה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
מועד תחילת עבודה של העמית	ת. הפקדה ראשונה עבור העמית	אופן העברת הכספים לקרן: <input type="checkbox"/> העברה בנקאית <input type="checkbox"/> המחאה <input type="checkbox"/> הוראת קבע	
פירוט הפקדות	פיצויים	תגמולי מעסיק	תגמולי עובד
שיעור הפקדה	%	%	%
פרמיה בש"ח	ש"ח	ש"ח	ש"ח

זכאות בלא תנאי:

- הנני מאשר בזאת, כי בהתאם להסכם העבודה, לעובד זכאות ללא תנאי על יתרת הכספים בקרן (חובה לצרף הסכם עבודה חתום). הזכאות תתגבש  מיידית  בתום 3 שנות עבודה אצל \_\_\_\_\_  החל מתאריך \_\_\_\_\_ ידוע לי כי משמעות סעיף זה, היא מתן הוראה בלתי חוזרת, שאינה ניתנת לביטול או לשינוי, לפיה העובד יהיה זכאי ליתרת הכספים שבחשבונו בקרן, לרבות מרכיב הפיצויים, ללא צורך בהסכמת. זכאותו של העובד כאמור, לא תחול אם נקבעה בהסכם העבודה התנייה לפיה העובד לא יהיה זכאי לקבל את יתרת הכספים בקרן אם התקיימו התנאים המצדיקים פיטורים ללא פיצוי פיטורים, בהתאם לסעיפים 16 או 17 לחוק פיצויי פיטורים, התשכ"ג - 1963.
- תאריך \_\_\_\_\_ חתימה וחומת המעסיק \_\_\_\_\_
- סעיף 14 - (נא לצרף הסכם עבודה חתום)
  - קיים הסכם קיבוצי כללי לפיו הכספים שהופקדו לרכיב פיצויי פיטורים באים במקום פיצויי פיטורים.
  - קיים אישור לפי סעיף 14 פיצויי פיטורים לפיו הכספים שהופקדו לרכיב פיצויי פיטורים באים במקום פיצויי פיטורים.
- פנסיית חובה - הצטרפות במסגרת הסדר פנסיית חובה- צו הרחבה ינואר 2008.

שם החותם \_\_\_\_\_ תפקיד החותם \_\_\_\_\_  
 חתימה וחומת המעסיק \_\_\_\_\_  
 תאריך \_\_\_\_\_

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	מין	תאריך לידה	משקל	גובה
_____	_____	_____	□ ז □ נ	_____	_____ ק"ג	_____ ס"מ

1	
שאלון מבוא כללי	לא
השאלה / הנושא	כן
1. עישון - האם אתה מעשן היום □ סיגריות - אם כן פרט כמות ביום: עד 20 □ עד 40 □ עד 60 □ יותר מ- 60 □ סיגרים □ מקטרת □ נרגילה □ סיגריה אלקטרונית	
1.1 הפסקת עישון במהלך השנתיים האחרונות	
1.2 הפסקת עישון לפני יותר משנתיים ואי-חזרה לעישון כלל	
2. צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר, חוץ מאשר באירועים חברתיים	
3. שימוש בסמים כעת ו/או בעבר - שאלון	
4. נותחת או עברת בדיקה פולשנית או שאתה צפוי לעבור ניתוח או בדיקה פולשנית - אם כן, פרט מהו הניתוח ומועדו	

2	
שאלון מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים	לא
האם יש או היו לך מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם, כלהלן? על כל תשובה חיובית, יש למלא גם את השאלון המתאים.	כן
לרבות מיגרנה, אפילפסיה, אירוע מוחי, שיתוק, פילין, הפרעות תחושה, טרשת נפוצה, כיוון שרירים, פרקינסון, דמנציה, אלצהיימר, פיגור שכלי, תסמונת דאון, הפרעות קשב וריכוז, ספס בעיות התפתחות ו/או גדילה	ה
לרבות דיכאון, חרדה, סכיזופרניה, תסמונת פוסט טראומטית, מחלה דו-קוטבית, סס, ניסיון אובדני	ה
לרבות אסטמה (ברונכיט), אמפיזמה (נפחת), COPD, דלקת ריאות כרונית, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה	ה
לרבות גידולים ו/או נגעים, פסוריאזיס, צלקות, פמפיגוס, מחלת עור אחרת	ה
לרבות יתר לחץ-דם, מחלת לב, התקף לב, כאבי חזה, הפרעת קצב ו/או הולכה, מום בלב, פגיעה במסתמים, איוושה (רשרוש), טרשת עורקים, מפרצת באאורטה, טרומבוזת, תסחיף, הפרעה בזרימת הדם בגפיים, ורידים מורחבים	ה
לרבות חוזר ושתי (ריפלוקס), כיב, קרוהן, אולצרטב קוליטיס, דימום ממושך, פרקטיטיס, מחלה כרונית ו/או דימום, טחורים, פילונידל, אבצס, בקע / שבר (הרניה מכל סוג שהוא)	ה
לרבות צהבת, הפטיטיס, שחמת (צירוזיס), כבד שומני, טחול מוגדל, דלקת בלבלב	ה
כליה קטנה ו/או חסרה, אי ספיקת כליות, דלקת כליה, כליות פוליציסטיות, אבנים, דלפת שתן, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית (פרוסטטה)	ה
לרבות סוכרת, שומנים, גאוס, בלוטת המגן / התריס, יתרת המגן / התריס, יתרת המוח (פרולקטינימה), גושה	ה
לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת דם, הפרעה במערכת החיסון	ה
לרבות שחפת, איידס (לרבות נשאות), חום ממושך	ה
לרבות גידול טרום סרטני, סרטן מכל סוג שהוא	ה
שבר, פריקה, פגיעה בגידים ו/או ברצועות, כאבי גב, ליקויים בעמוד שדרה, בעצמות, באגן, בריחת סידן, בכסרב	ה
לרבות כבדות ראייה, קראטוקונוס, ליקוי ראייה מעל 6, קטרקט, לחץ תוך עיני, דלקות אוזניים חוזרות, ירידה בשמיעה, טנטון, סנסטיס חוזרת, פוליפים, שקדים	ה
לרבות גוש בשד, דימומים בל קשר למחזור, רחם שרירי, ציסטות שחלתיות, הפלות חוזרות, כעת בהריון, בעיות כריון גם אצל גברים, גוש באשך, אשך טמיר וריקוצלה, היפוספדיאס, הידרוצלה	ה
דלקת מפרקים שגרונית (ראומטואיד ארטריטיס), מחלת מפרקים ניוונית (אוסטוארטרוזיס) זאבת (לופוס), פיברומיאליגיה, סקלרודרמה	ה

שאלות מסכמות - אם התשובה חיובית, נא לפרט בהמשך השורה
1. מקבל תרופות למחלה או הפרעה או מום שלא פורטו לעיל
2. קיימת נכות ו/או מצוי בהליכי הגשת תביעה להכרה בנכות בשל מחלה או הפרעה או מום שלא פורטו לעיל
3. בבדיקות שגרתיות - תקופתיות שנערכו, נמצאו ממצאים חריגים שלא פורטו לעיל
4. האם אושפזת ממחלה או תאונה במהלך 5 השנים האחרונות ו/או הינך מועמד לניתוח ו/או מצוי בבירור רפואי. אם כן פרט:

### יתור על סודיות רפואית

הוא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתתי כנייל ומותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לניל.

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

אני החיימ נותן 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 צהיל 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 שחלתתי בה בעבר, ו/או שהנני חולה בה כיום, ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל

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

## 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

### (צורך מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

א. מייפה הכוח (הלקוח):

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר ת.ז.
כתובת מגורים		

ב. מייפה הכוח (בעל הרישיון, במקרה של בעל רישיון שהוא תאגיד מייפה הכוח הינו התאגיד)

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

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של בעל הרישיון ומי מטעמו (1), לפנות בשמי לגוף מוסדי (2) המפורט לעיל לשם קבלת מידע (3) אודות המוצרים (4) שלי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשותיי להצטרפות למוצר או העברת בקשותיי לביצוע פעולות בו. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית.

ג. הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

1. מס' 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
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

\* במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה 1 בטבלה. במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.  
\* אם סימנתי v בעמודה השלישית, בעל הרישיון יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.  
\* במקרה של בקשת מידע בלבד אין חובה לקדד במספר הקידוד של המוצר הפנסיוני את ספרות המסלול.

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, זו תוך 10 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.

2. תוקפו 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 הרישיון

שם בעל הרישיון

- (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. כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.
- (2) "גוף מוסדי" - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש.
- (3) "מידע אודות מוצר" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31 ט' (ז) (2) לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח שאינה כלולה במוצר פנסיוני ואינה נמכרת אגב אותו מוצר כהגדרתה בסעיף 31 ט' (ז) (1) לחוק הייעוץ הפנסיוני, למעט תכנית ביטוח כאמור הכלולה במוצר ביטוח שאינו מוצר פנסיוני.
- (4) "מוצר" -