

שם הסוכן	מספר
שם מנהל פיתוח עסקי	מספר
מספר ההצעה	-

## בקשת הצטרפות לקרן הפנסיה - עמית עצמאי

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

- אני החתום מטה, מבקש להצטרף כעמית לקרן הפנסיה  1. מיטבית - עתודות קרן פנסיה בהתאמה אישית  
 2. מיטבית - עתודות קרן כללית משלימה (להלן "קרן הפנסיה")

### א. פרטי העמית - לפי הרשום בתעודת הזהות (המועמד לעמית בקרן הפנסיה)

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות	תאריך הלידה	המין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	המצב המשפחתי	ילדים
			19			
הכתובת	מיקוד	מספר הטלפון	מספר הפקס	e-mail		
המקצוע/העיסוק	התחביב	האם יש סיכון מיוחד במקצועך או בתחביבך או באורח חייך?				
האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר?		האם בדעתך ללמוד טיס בששת החודשים הקרובים?				
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט -				
פרטי בני הזוג	השם	מספר הזהות	תאריך הלידה			
			19			

### ב. פרטי המוטבים במות העמית (אם אין שאירים זכאים)

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר זהות	תאריך לידה	יחס קרבה	חלק ב-%

### ג. פרטי הילדים - יש למלא פרטי ילדים עד גיל 21

שם הילד	מספר זהות	תאריך לידה	מין
			<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
			<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה

### ד. פרטי קרן הפנסיה

תאריך התחלה	פרמיה חודשית	אופן התשלום	אופן הגבייה <input type="checkbox"/> הוראת קבע (אם סומן - יש למלא הוראת קבע בעמוד הבא)
20		ש"ח	<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי - נא מלא הפרטים
פרטי כרטיס האשראי	סוג <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינרס	בטוקף עד	מספר כרטיס אשראי
	<input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/>	רחוב	מספר
	שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות	מיקוד
		ס"ב	

שובר זה נחתם על ידי בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה לכלל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. תאריך חתימת בעל כרטיס האשראי

### ה. מסלולי פנסיה

1. אם בחרת בתכנית "מיטבית - עתודות קרן פנסיה בהתאמה אישית" - נא בחר וסמן ב- אחד מן המסלולים. עמית שלא בחר באחד מן המסלולים יבוטח כברירת מחדל במסלול הבסיסי.

מסלול בסיסי  מסלול עתיר ביטוח נכות  מסלול עתיר חיסכון  מסלול בסיסי נכות מינימלית  מסלול משפחה  מסלול עתיר ביטוח שאירים  מסלול עתיר חיסכון בפרשה מוקדמת  מסלול בסיסי נכות מרבית

אפשר לשנות את מסלול הפנסיה באמצעות בקשה בכתב. הגדלת הכיסוי הביטוחי לנכות ושאירים תחייב הצהרת בריאות ותיעשה בכפוף לאישור הקרן, וכן תחייב בתקופת אכשרה בת 5 שנים למחלה שקדמה לשינוי המסלול.

**ויתור על פנסית שאירים** - אם ברצונך לוותר על כיסוי ביטוחי לפנסית שאירים או על חלק ממנו אנא סמן  (יש לצרף תצלום תעודת זהות כולל ספח).

**ברצוני לוותר על הכיסוי הביטוחי לפנסית שאירים לנ/בת הזוג ולילדים**  **ברצוני לוותר על הכיסוי הביטוחי לפנסית שאירים לנ/בת הזוג בלבד**

ויתור כאמור יהיה תקף למשך 24 חודשים או עד למועד בו תתקבל בקרן הודעה לפיה נוספו לך בן/בת/זוג ו/או ילדים. בתום 24 חודשים, אם לא השתנה מצבך המשפחתי תוכל, בהודעה בכתב להאריך את התקופה לתקופה נוספת של 24 חודשים וחוזר חלילה. הויתור האמור אפשרי רק אם אין לך שאירים חוקיים כהגדרתם בתקנון הקרן.

2. אם בחרת בתכנית "מיטבית - עתודות - קרן כללית משלימה" - מסלול הפנסיה שלך יהיה  מסלול זקנה

### ו. אפיקי השקעות

באפשרותך לבחור אפיקי השקעות בו יושקעו כספיק הצבורים בקרן (נא לסמן ב-):

יהלום %  ספיר %  מסלול כהלכה ( חושן ) %

(עמית שלא יבחר באחד מהאפיקים הרשומים לעיל, יבוטח באפיק השקעה "ספיר").

- אפשר לשנות את אפיק ההשקעה שבחרת בטופס זה, באמצעות טופס מיוחד.

- אפשר לשנות את תמהיל ההשקעות עד 4 פעמים בשנה קלנדרית ולא יותר מפעם אחת ברבעון קלנדרית.

- אפשר לבחור תמהיל השקעות המורכב משני מסלולי השקעה בלבד.

### ז. שיעור דמי גמולים מתוך ההכנסה המובטחת

16% - השיעור מן ההכנסה יקבע את גובה התשלום ואת גובה הכיסוי הביטוחי

שם הקרן	תאריך התחלת החברות	תאריך סיום החברות	שם המעסיק	<input type="checkbox"/> הודעתי על הפסקת הביטוח לנכות ולשאירים בקרן הקודמת <input type="checkbox"/> לא הודעתי דבר

**ט. שאלות לזיהוי טלפוני** (בעת פנייה טלפונית לקרן, תיידרש לענות על שאלה זו, לצורך שמירה על חשאיות הנתונים הכספיים בקרן)

1. באיזה בית'ספר יסודי למדת \_\_\_\_\_ 2. נא רשום קוד בן 4 ספרות לזיהוי טלפוני \_\_\_\_\_

**י. הצהרת בריאות**

נא לסמן ✓ בטור המתאים אם אתה סובל/ת או סבלת בעבר מאחת מן המחלות המפורטות להלן:		לא	כן	סוג המחלה
<input type="checkbox"/>	האם אתה מעשן	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. מחלות לב
<input type="checkbox"/>	או האם עישנת	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. לחץ דם מוגבר ומחלות כלי הדם
<input type="checkbox"/>	ב-5 השנים האחרונות?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. סוכרת
<input type="checkbox"/>	כמות ליום _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. מחלות ריאה ודרכי נשימה
<input type="checkbox"/>	סיגרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. מחלות כלי עיכול או כיב קיבה
<input type="checkbox"/>	מקטרת	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. מחלות עצבים או הפרעות נפשיות
<input type="checkbox"/>	נכות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. גידול ממאיר (סרטן)
<input type="checkbox"/>	אם התשובה לאחת מן המחלות חיובית, נא לפרט:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. מחלות כליות, כבד
<input type="checkbox"/>	אם התשובה לאחת מן המחלות חיובית, נא לפרט:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. נכות כלשהי מסיבת תאונה או מחלה
<input type="checkbox"/>	אם התשובה לאחת מן המחלות חיובית, נא לפרט:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. כאבי גב
<input type="checkbox"/>	אם התשובה לאחת מן המחלות חיובית, נא לפרט:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. מחלת האיידס
<input type="checkbox"/>	אם התשובה לאחת מן המחלות חיובית, נא לפרט:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	גובה _____ ס"מ משקל _____ ק"ג

**יא. הצהרת העמית**

- ידוע לי כי התקשרתי בהתאם לטופס ההצעה, כמפורט לעיל, היא עם "כלל חברה לביטוח בע"מ" (להלן "המבטח") ועם כלל פנסיה וגמל בע"מ, החברה המנהלת את קרן הפנסיה הנבחרת ("החברה המנהלת"), כל אחת מהן בנפרד.
- אני נותן/ת באת את הסכמתי לכך שהתשלומים לקרן הפנסיה יועברו באמצעות המבטח, וכן שהסכמים אותם אני או מי מטעמי נהיה זכאים לקבל מקרן הפנסיה יועברו באמצעות המבטח.
- ידוע לי כי התחייבויות המבטח נפרדות מהתחייבויות קרן הפנסיה והן אינן קשורות זו לזו.
- ידוע לי כי הצטרפתי לקרן הפנסיה וזכויותי בה ייקבעו בהתאם להוראות הדין ולהוראות תקנון קרן הפנסיה, ובכפוף לשינויים אשר יחולו בהן מעת לעת.
- אני מצהיר/ת להצהיר/ת בבקשת הצטרפות זו וכן בה הצטרפתי, ולא הסתרתי כל מידע רלבנטי עליו נתבקשתי להצהיר. כן אני מתחייב/ת להודיע/ת על כל שינוי בפרטיי האישיים.
- ידוע לי כי במקרה של מתן תשובות כוזבות או לא מלאות בכונה או בידועין, רשאתי קרן הפנסיה לשלול/ת או להפחית תשלומים ו/או זכויות פנסיוניות בהתאם לתקנון קרן הפנסיה ולדין.
- אני מאשר ונותן/ת בזאת את הסכמתי לקרן הפנסיה לבצע אימות נתונים אל מול מרשם האוכלוסין של משרד הפנים לנתונים אלה: מספר זהות, שם משפחה ופרטי, שם האב, מען מלא, מין, תאריך לידה ומצב משפחתי. אני מאשר לכם בזאת לשנות את פרטי המען בהתאם לאמור במרשם התושבים.
- כל הודעה שאמסור למבטח בעניין הביטוח ו/או הפנסיה תופנה למבטח ו/או לקרן הפנסיה, לפי העניין. ידוע לי כי הצהרותי בגוף ההצעה משמשות הן לצורך ביטוח המנהלים והן לצורך החברות בקרן הפנסיה.
- כל הפרטים שמסרתי ו/או נמסרו לחברה יישמרו על-פי צורכי החברה במאגרי מידע של החברה או מי מטעמה או של מי שסיפק לה מפרטם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים או כל שירות אחר החיוני למתן השירות על-פי שיקול דעתה של החברה.
- אני מאשר כי ידוע לי שבתוך 7 ימים מתאריך מינוי היועץ הפנסיוני ו/או המשווק הפנסיוני כעת

**יב. הצהרה בדבר התאמת תכניות**

אני מצהיר/ת בזאת כי המוצר הפנסיוני שנבחר על-ידי נבחר לאחר שהוסברה לי בכתב כדאיות ההתקשרות על-ידי המשווק הפנסיוני, בהסתמך על המידע שמסרתי לו. ידוע לי כי מכלול המוצרים הפנסיוניים של החברה מפורסמים באתר האינטרנט של החברה. כן נמסר לי כי מגוון המוצרים הפנסיוניים משתנה מעת לעת, וכי ראוי לשוב ולברר בעתיד את כדאיות המוצר שרכשתי.

**יג. הצהרת המשווק הפנסיוני/היועץ**

אני החתום מטה, המשווק הפנסיוני/היועץ, מצהיר/ת בזה כי שאלתי את העמית את כל השאלות המופיעות בטופס הצטרפות זה, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית, וכי המסמך נחתם בפניי.

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה סניף	בנק

**לכבוד כלל חברה לביטוח בע"מ דרך מנחם בגין 48 תל אביב, 66180**

קבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_ לנכד חיוכים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבונות/נכד בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על-פי המפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על-פייהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_ חתימת וחותמת הסניף \_\_\_\_\_  
מקור טופס זה, על שני חלקיו, יישלח לסניף הבנק, העתק הימני ימסר למשלם.

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה סניף	בנק

**לכבוד הרשאה לחיוב חשבון**

- מספר זהות \_\_\_\_\_
- שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_
- מספר זהות \_\_\_\_\_
- נתיב/ים לכתב זה הוראה לחייב את חשבונות/נו הנ"ל בסניפכם בגין הפקדה לקופת גמל בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי, או רשימות על-ידי הקרן הנבחרת כמפורט ב"פרטי ההרשאה".
- ידוע לי/לנו כי:
  - ההוראה זו ניתנת לביטול בהודעה מראש/ממני/מאתנו בכתב לבנק ולקרן הנבחרת שתכניסם לתוקף יום עסקים אחר לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.
  - אחיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
  - אחיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשלומים יום ממועד החיוב, אם אוכיל/נוכחי
- אני מאשר/ת כי ידוע לי שבתוך 7 ימים מתאריך מינוי היועץ הפנסיוני ו/או המשווק הפנסיוני כעת

פרטי ההרשאה \_\_\_\_\_  
סכום החיוב ממועד ייקבעו מעת לעת על-ידי הקרן הנבחרת, על-פי הסכם הרשאה עם הלקוח.