כלל
פנסיה וגמל

בקשת הצטרפות לקרן הפנסיה – עמית שכיר יחיד

אני החתום מטה, מבקש להצטרף כעמית לקרן הפנסיה:

מיטבית-עתודות קרן פנסיה בהתאמה אישית (להלן "קרן הפנסיה")

לשימוש משרדי

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

א. פרטי העמית

1. פרטים אישיים

מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה קודם	שם האב	מצב משפחתי	מין	תאריך לידה
סב						ז / נ	שנה חודש יום

כתובת מגורים/ רחוב/ ת.ד.	מס'	עיר	מיקוד	טלפון	סלולרי

דואר אלקטרוני	תאריך תחילת עבודה נוכחית	שם מעסיק	עיסוק
@	שנה חודש יום		

2. פרטי בן/בת הזוג

מספר תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה קודם	תאריך נישואין	תאריך לידה
סב			שנה חודש יום	שנה חודש יום

3. פרטי ילדים עד גיל 21

מספר	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	שם משפחה	שם פרטי	מין
1	סב	שנה חודש יום			ז / נ
2		שנה חודש יום			ז / נ
3		שנה חודש יום			ז / נ
4		שנה חודש יום			ז / נ

4. 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.

מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	חלוקה ב-%
סב				

*בהיעדר שאירים ו/או מוטבים תועבר היתרה הצבורה ליורשים על פי דין.

ב. שאלות לזיהוי טלפוני (בעת פניה טלפונית לקרן תידרש לענות על שאלה זו, לצורך שמירה על חשאיות נתוניך הכספיים בקרן)

1. באיזה בית ספר יסודי למדת? _____ 2. קוד בן 4 ספרות לזיהוי טלפוני ☐☐☐☐

ג. מסלולי פנסיה (נא לסמן ב-✗) (עמית שלא בחר באחד מהמסלולים יבוטח כברירת המחדל במסלול הבסיסי)

☐ מסלול בסיסי	☐ מסלול בסיסי נכות מינימלית	☐ מסלול בסיסי נכות מירבית	☐ מסלול משפחה	☐ מסלול עתיר ביטוח נכות	☐ מסלול עתיר ביטוח שאירים	☐ מסלול עתיר חיסכון בפרישה מוקדמת	☐ מסלול עתיר חיסכון

ניתן לשנות את מסלול הפנסיה באמצעות בקשה בכתב. הגדלת הכיסוי הביטוחי לנכות ושאירים תעשה בכפוף לאישור הקרן ותחייב בתקופת אכשרה בת 5 שנים למחלה שקדמה לשינוי המסלול.

ד. ויתור על כיסוי ביטוחי לפנסיית שאירים אם ברצונך לוותר על כיסוי ביטוחי לפנסיית שאירים, או חלק ממנו, אנא סמן ב-✗ (יש לצרף צילום ת.ז. + ספח):

☐ ברצוני לוותר על הכיסוי הביטוחי לפנסיית השאירים לבן/בת הזוג ולילדים ☐ ברצוני לוותר על הכיסוי הביטוחי לפנסיית השאירים לבן/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 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.

ה. מסלול השקעות באפשרותך לבחור אפיק השקעות בו יושקעו כספיך הצבורים בקרן:

שם המסלול	אחוז השקעה
ספיר	%
יהלום	%
השקעה כהלכה (חושן)	%
סה"כ	100%

* עמית שלא בחר באחד מהאפיקים יבוטח באפיק השקעה "ספיר".
* ניתן לשנות את אפיק ההשקעה שבחרת בטופס זה באמצעות טופס מיוחד. ניתן לשנות את תמהיל ההשקעות עד ארבע פעמים בשנה קלנדרית, ולא יותר מפעם אחת ברבעון קלנדרי.

ניתן ליצור תמהיל השקעות בין 2 מסלולי השקעה בו זמנית בלבד.

ט. 1/010002 - 10/2010

כלל פנסיה וגמל, רח' נירים 2 תל אביב 67060 ● טל. 03-7111110 או 5654* ● פקס 03-7252776 ● www.clalbit.co.il

עמית שכיר יחיד ▪ עמית שכיר יחיד ▪ עמית שכיר יחיד ▪ עמית שכיר יחיד ▪ עמית שכיר יחיד

כלל
פנסיה וגמל

פרטי העמית/ה לביקורת

מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי
סב		

ו. חברות קודמת בקרן פנסיה

שם הקרן	מועד תחילת חברות			מועד סיום חברות			שם המעסיק שהעביר כספים לקרן האחרת
	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	

☐ הודעתי על הפסקת הביטוח לנכות ושאירים בקרן הקודמת ☐ לא הודעתי דבר

ז. הצהרת העמית

אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף כעמית ל"קרן הפנסיה" ומאשר בזאת ומצהיר כדלהלן:
ידוע לי כי הצטרפותי לקרן הפנסיה וזכויותי בה, ייקבעו בהתאם להוראות הדין ולהוראות תקנון קרן הפנסיה, ובכפוף לשינויים אשר יחולו בהן מעת לעת.
הפרטים שמסרתי בבקשת הצטרפות זו נכונים ומדויקים, ולא הסתרתי כל מידע רלבנטי עליו נתבקשתי להצהיר. כמו כן, הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי בפרטי האישיים. ידוע לי כי במקרה של מתן תשובות כוזבות או לא מלאות בכוונה או ביודעין, 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 מל מרשם האוכלוסין של משרד הפנים לנתונים הבאים: מספר 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 על פי תקנות מס הכנסה (כללים לאישור ולניהול קופות גמל) התשכ"ד - 1964 ניתן לבטח בקרן פנסיה חדשה מקיפה הכנסה שאינה עולה על התקרה שנקבעה בתקנות. במקרה שיועברו לקרן דמי גמולים מהכנסה העולה על התקרה שנקבעה (דמי גמולים עודפים), הנני מורה לכם להעביר את דמי הגמולים העודפים לקרן פנסיה חדשה כללית שבניהול החברה המנהלת של קרן הפנסיה. העברה לקופת גמל או למסלול הוני אחר, תיעשה לפי פנייתי בכתב בתיאום עם קרן הפנסיה ו/או המעסיק.
אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך, כי הפרטים שמסרתי ו/או כל מידע שיגיע לידיעת קרן הפנסיה, יוחזקו במאגר מידע ממוחשב בו נוהגים קרן הפנסיה ו/או המבטח לרכז נתונים בדבר מבוטחיה, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ למאגרי מידע נוספים הנדרשים לצורך מתן שירותים, ניהול תיק הביטוח ולצורך הפעילות השוטפת, וכן בהתאם לדרישות הדין.
אני מסכים כי הנתונים אשר יישמרו במאגר המידע ישמשו לצורך יצירת קשר עימי, לרבות פניה להציע הצעות לרכישת מוצרים בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ ולרבות עדכונים באמצעות כתובתי הרשומה, כתובת בדואר האלקטרוני ושירות SMS בטלפון הנייד.
ידוע לי כי על פי חוק איסור הלבנת הון, התש"ם - 2000, חובה עלי למסור לקרן פרטי זיהוי שלי ובמקרים מסוימים הקופה מחויבת לדווח לרשות המוסמכת במשרד המשפטים על פעולותיי ועל פרטי הזיהוי האמורים לעיל.

תאריך _____ חתימת וחותמת העמית/ה ✗ _____

פרטים למילוי ע"י המעסיק

כתובת המעסיק	דואר אלקטרוני
	@

שם המעסיק	טלפון המעסיק	פקס המעסיק

שם איש הקשר	תפקיד	טלפון ישיר	דואר אלקטרוני	האם מורשה חתימה?
			@	☐ כן / ☐ לא
			@	☐ כן / ☐ לא

מועד תחילת עבודה של העמית			ת. הפקדה ראשונה עבור העמית			ח.פ.	מס' תיק ניכויים במס הכנסה	שם הבנק בו מנוהל חשבון המעסיק	שם הסניף ומס' הסניף	מס' חשבון של המעסיק
שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום					

פירוט ההפקדות ואופן העברת הכספים לקרן:		ההפקדות לתוכנית הפנסיה המקיפה בקרן הפנסיה			אופן העברת הכספים לקרן (סמן X)
		לפיצויים	לתגמולי מעסיק	לתגמולי עובד	
שכר ממנו מפרישים ד"ג	שיעור הפקדה	%	%	%	☐ העברה בנקאית
_____	פרמיה בש"ח				☐ המחאה
					☐ הוראת קבע (מצ"ב טופס הוראת קבע)

זכאות בלא תנאי / הסכם עבודה:

1. <u>זכאות בלא תנאי</u>: **(נא לצרף את הנוסח הכללי של הסכם העבודה החתום)** בהתאם להסכם העבודה, לעובד זכאות ללא תנאי לעניין משיכה ממרכיב הפיצויים ☐ כן / ☐ לא
הנני מאשר/ת כי העובד/ת יהיה זכאי/ת למשוך את כספי הפיצויים ללא תנאי החל מיום ✗ _____ או עד תום 3 שנות עבודה, המוקדם מבין השניים. ידוע לי כי משמעות סעיף זה, היא מתן הוראה בלתי חוזרת, שאינה ניתנת לביטול או לשינוי, לפיה העובד יהיה זכאי ליתרת הכספים שבחשבונו בקרן הפנסיה, לרבות חלק הפיצויים, ללא צורך בהסכמתי. זכאותו של העובד כאמור, לא תחול אם התקיימו התנאים המצדיקים פיטורים ללא פיצוי פיטורים, בהתאם לסעיפים 16 או 17 לחוק פיצוי פיטורים, התשכ"ג - 1963.
לידיעת המעסיק: במקרה של זכאות ללא תנאי קיימת נוסחה שונה לחישוב סכום המשיכה של מרכיב הפיצויים (להבדיל מרכיב התגמולים), העשויה לצמצם את הסכומים הנדרשים לצורך השלמת פיצוי הפיטורים בעת סיום עבודתו של העובד.

2. <u>הסכם עבודה</u> **(נא לצרף את הנוסח הכללי של הסכם העבודה החתום)**
☐ כן / ☐ לא: קיים הסכם קיבוצי כללי לפיו הכספים שהופקדו לרכיב פיצוי פיטורים באים במקום פיצוי פיטורים.
☐ כן / ☐ לא: קיים אישור לפי סעיף 14 לחוק פיצוי פיטורים לפיו הכספים שהופקדו לרכיב פיצוי פיטורים באים במקום פיצוי פיטורים.

3. <u>פנסיית חובה</u> - ☐ הצטרפות במסגרת הסדר פנסיית חובה - צו הרחבה ינואר 2008.

4. <u>אפיקי השקעה - רכיב פיצויים</u> **(נא לסמן את האפשרות המועדפת)**
☐ הנני מאשר כי העובד יקבע את אפיק ההשקעה לרכיב הפיצויים. ☐ מרכיב הפיצויים יושקע באפיק _____
* **העדר בחירה משמעותה ניהול רכיב הפיצויים באפיק השקעה "ספיר".**

תאריך _____ חתימת וחותמת המעסיק ✗ _____

ט. 10/2010 - 010002/2

עמית שכיר יחיד ▪ עמית שכיר יחיד ▪ עמית שכיר יחיד ▪ עמית שכיר יחיד ▪ עמית שכיר יחיד

כלל
פנסיה וגמל

הצהרת בריאות

נא לסמן ב- ✗ בטור המתאים האם הנך סובל/ת או סבלת בעבר מאחת מהמחלות המפורטות להלן:

מס'	סוג המחלה	כן	לא	אם התשובה חיובית, נא לפרט
1	מחלות לב			
2	לחץ דם מוגבר ומחלות כלי הדם			
3	סכרת			
4	מחלות ריאה ודרכי נשימה			
5	מחלות כלי עיכול או כיב קיבה			
6	מחלות עצבים או הפרעות נפשיות			
7	גידול ממאיר (סרטן)			
8	מחלות כליות, כבד			
9	נכות כלשהי מסיבת תאונה או מחלה			
10	כאבי גב			
11	מחלת האיידס			
	האם הינך מעשן/ת?			
	האם עישנת ב- 5 שנים האחרונות?			

אם התשובה לאחת משתי השאלות הקודמות חיובית, מה עישנת?

☐ סיגריות ☐ סיגרים ☐ מקטרת ☐ נרגילות

כמות ליום _____

גובה _____ ס"מ משקל _____ ק"ג

הנני מצהיר/ה כי עיסוקי הוא _____

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן בזה רשות לכל קופות החולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדות הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון וכן לחברות הביטוח למסור לידי קרן הפנסיה ✗ _____ להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדכם 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 תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.

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

שם העמית/ה _____ ת. זהות _____ תאריך _____ חתימה ✗ _____

10/2010 - 010002/3 .ט

לקבלת מידע שוטף על חשבונך ניתן להרשם בכתובת: www.clalbit.co.il

עמית שכיר יחיד ▪ עמית שכיר יחיד ▪ עמית שכיר יחיד ▪ עמית שכיר יחיד ▪ עמית שכיר יחיד