כלל
פנסיה וגמל

בקשת הצטרפות לקרן הפנסיה - עמית המשלם באופן עצמאי

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 שאלות אלה, לצורך שמירה על חשאיות נתונים הכספיים בקרן)

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

ג. דמי גמולים

פרמיה חודשית _____ ש"ח בגין חודש _____

ד. אופן הפקדת הכספים

☐ באמצעות הוראת קבע לתשלום חודשי (רצ"ב)

☐ באמצעות הפקדת תשלומים מעת לעת ישירות לקרן: ☐ המחאה ☐ העברה בנקאית (לברור פרטי החשבון להפקדת הכספים נא לפנות לטלפון: 03-6360810)

ה. מסלולי פנסיה (נא לסמן ב-X) (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.

10/2010 - 010004/1.0

עמית עצמאי ■ עמית עצמאי ■ עמית עצמאי ■ עמית עצמאי ■ עמית עצמאי ■ עמית עצמאי

כלל
פנסיה וגמל

לשימוש משרדי

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

פרטי העמית/ה לביקורת

מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי
סב		

ו. ויתור על כיסוי ביטוחי לפנסיית שאירים

אם ברצונך לוותר על כיסוי ביטוחי לפנסיית שאירים, או חלק ממנו, אנא סמן ב-✗ ויש 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.

ז. 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.

ח. 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

ט. פנסיית חובה

☐ הצטרפות במסגרת הסדר פנסיית חובה - צו הרחבה ינואר 2008.

י. 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 פנסיה, 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 מול 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 בהזמנה להציע הצעות לרכישת מוצרים בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ ולרבות קבלת עדכונים באמצעות כתובתי הרשומה, כתובתי בדואר האלקטרוני ובאמצעות שירות SMS בטלפון הנייד.
ידוע לי כי על פי חוק איסור הלבנת הון, התש"ס - 2000, חובה עלי למסור לקרן פרטי זיהוי שלי ושל הקשורים לחשבון. מסירת פרטים אחרים תלויה ברצוני או בהסכמתי. אני מאשר כי קיבלתי את הסכמתם של הקשורים לחשבון למסירת הפרטים. ידוע לי כי במקרים מסוימים הקופה מחויבת לדווח לרשות המוסמכת במשרד המשפטים על פעולותיי ועל פרטי הזיהוי האמורים לעיל.
אני מצהיר בזאת כי אני פועל בעבור עצמי. אני מתחייב להודיע לקרן אם אפעל בעבור אחר וכן אם אחר פועל בעבורי.

תאריך _____ חתימת וחותמת העמית/ה ✗ _____

10/2010 - 010004/2.ט

עמית עצמאי ■ עמית עצמאי ■ עמית עצמאי ■ עמית עצמאי ■ עמית עצמאי

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 ✗_____

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

ס. 10/2010 - 010004/3

עמית עצמאי ▪ עמית עצמאי ▪ עמית עצמאי ▪ עמית עצמאי ▪ עמית עצמאי ▪ עמית עצמאי