

בקשת הצטרפות לקרן הפנסיה "הראל פנסיה"

לטובת הצטרפותך לקרן הפנסיה "הראל פנסיה", הנך נדרש למלא את הטפסים המצורפים וכן להקפיד למלא את שדות החובה ולצרף את כל המסמכים הנדרשים להשלמת הליך ההצטרפות.

את כל המסמכים יש להעביר אלינו באחת מבין שתי האפשרויות שלהלן:

■ לכתובת המייל: hitspension@harel-ins.co.il

■ למס' הפקס: 03-7348280

ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1-700-70-28-70.

בברכה,
הראל פנסיה וגמל בע"מ

טופס הצטרפות לקרן הפנסיה "הראל פנסיה"

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

את כל המסמכים יש להעביר אלינו באחת מבין שתי האפשרויות שלהלן:

■ לכתובת המייל: hitspension@harel-ins.co.il

■ למס' הפקס: 03-7348280

ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1-700-70-28-70

פרטי החברה המנהלת

שם החברה המנהלת	שם קרן הפנסיה	קוד קרן הפנסיה
הראל פנסיה וגמל בע"מ	הראל פנסיה	214

פרטים אישיים

פרטי העמית					
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות/דרכון*	תאריך לידה*	מין*
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
מצב משפחתי		יישוב*	ת.ד.	רחוב*	מס' בית* דירה
<input type="checkbox"/> רווק / <input type="checkbox"/> נשוי / <input type="checkbox"/> גרוש / <input type="checkbox"/> אלמן / <input type="checkbox"/> ידוע בציבור					
כתובת דוא"ל		טלפון נייד	טלפון קווי	מעמד*	
				<input type="checkbox"/> שכיר / <input type="checkbox"/> עצמאי / <input type="checkbox"/> שכיר בעל שליטה / <input type="checkbox"/> עצמאי באמצעות מעסיק	

פרטי בן/בת הזוג				
שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות/דרכון	תאריך לידה	מין

פרטי ילדים עד גיל 21				
שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות/דרכון	תאריך לידה	מין

פרטי המעסיק

שם המעסיק*	כתובת המעסיק	מספר טלפון*	ח.פ/עוסק מורשה



13000

מסלולי הביטוח בקרן הפנסיה נבדלים זה מזה בהיקף הכיסוי הביטוחי הניתן למקרה נכות או פטירה.

נא סמן את מסלול הביטוח המבוקש:

שם מסלול הביטוח	גיל הפרישה במסלול
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 75% לנכות ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) - מסלול ברירת המחדל	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 47 ומעלה)	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה)	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 75% לנכות ו-40% לשאירים	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 45 ומעלה)	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו-40% לשאירים	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח לפורשים עד גיל 60, 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 49 ומעלה)	<input type="checkbox"/> 60

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי הביטוח המפורטים בטבלה, תבוטח במסלול הביטוח "מסלול ביטוח 75% לנכות ו-100% לשאירים" (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה)

נכות כפולה

הינך זכאי לכיסוי ביטוחי עבור קצבת נכות כפולה בחודשיים הראשונים (פרנצי'זה), בכפוף לאישור החברה ולהוראות התקנון. דמי ביטוח יגבו ממך בגין כיסוי ביטוחי זה.
☐ קראתי את האמור לעיל ואני מבקש לוותר על תשלום דמי ביטוח עבור כיסוי ביטוחי לקבלת נכות כפולה בחודשיים הראשונים (פרנצי'זה).

נכות מתפתחת

באפשרותך לרכוש כיסוי ביטוחי המגדיל את קצבת הנכות שתשולם בשיעור שנתי ריאלי של (2%) (קצבת נכות מתפתחת), בכפוף לאישור החברה ולהוראות התקנון.
☐ קראתי את האמור לעיל ואני מבקש לרכוש קצבת נכות מתפתחת ולשלם דמי ביטוח עבור כיסוי ביטוחי זה.

ויתור על כיסוי ביטוחי לשאירים / בן זוג של עמית מבוטח - יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח

☐ אני מבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת הזוג בלבד. אין לי בן/בת זוג אך יש לי ילד שגילו פחות מ-21.
☐ אני מבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג ולילדים. אין לי בן/בת זוג ואין לי ילד שגילו פחות מ-21.

ידוע לי כי בחלוף שנתיים ממועד אישור הבקשה יחודש הכיסוי הביטוחי לשאירים ויונכו דמי ביטוח מחשבוני, אלא אם אודיע לחברה בכתב כי אני מעוניין/ת להמשיך ולוותר על כיסוי ביטוחי זה. ידוע לי כי אם יחול שינוי במצבי המשפחתי במהלך השנתיים ממועד אישור הבקשה, באפשרותי להודיע לחברה בכתב כי אני מעוניין/ת לחדש כיסוי ביטוחי זה.

שים לב!

1. בן/בת זוג הוא מי שנשוי לעמית או מי שידוע בציבור כבן/בת הזוג של העמית ומתגורר עמו.
2. במידה ובחרת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג או שאירים, יגבו ממך דמי ביטוח עבור כיסוי בגין ביטול תקופת אכשרה לאחר סיום תקופת הוויתור. ככל וברצונך לוותר על כיסוי זה, עליך למלא את ההצהרה להלן.

תשומת לבך כי לאחר סיום תקופת הוויתור תחול תקופת אכשרה, בת 60 חודשים כהגדרתה בתקנון הקרן.

☐ קראתי את האמור לעיל, ואני מאשר ומבקש לוותר על תשלום דמי ביטוח עבור כיסוי בגין ביטול תקופת אכשרה לאחר סיום תקופת הוויתור.

ויתור על כיסוי ביטוחי (עמית שגילו לפחות 60) - יש לצרף צילום תעודת זהות

☐ אני בן/בת למעלה מ-60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לסיכוני נכות.
☐ אני בן/בת למעלה מ-60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג ולילדים.

מסלול השקעה בקרן

יובהר כי ככל וקיימים כספים צבורים בקרן, כלל הכספים יושקעו באפיק ההשקעה החדש. סמן את מסלול ההשקעה המבוקש ושיעור החלוקה המבוקש בין המסלולים (בין 0%-100%):

מסלולי ההשקעה בקרן הפנסיה נבדלים ברמת הסיכון והתשואה הצפויה לכספך המושקעים בקרן.

רכיב תגמולים				רכיב פיצויים			
קוד	שם מסלול השקעה	שיעור מתוך סכום ההפקדה		קוד	שם מסלול השקעה	שיעור מתוך סכום ההפקדה	
13415	מחקה מדד S&P 500		<input type="checkbox"/>	13415	מחקה מדד S&P 500		<input type="checkbox"/>
2175	מניות		<input type="checkbox"/>	2175	מניות		<input type="checkbox"/>
-	מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת המחדל		<input type="checkbox"/>	-	מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת המחדל		<input type="checkbox"/>
9823	גילאי 50 ומטה		<input type="checkbox"/>	9823	גילאי 50 ומטה		<input type="checkbox"/>
9827	גילאי 50 עד 60		<input type="checkbox"/>	9827	גילאי 50 עד 60		<input type="checkbox"/>
9829	גילאי 60 ומעלה		<input type="checkbox"/>	9829	גילאי 60 ומעלה		<input type="checkbox"/>
2173	הלכה*		<input type="checkbox"/>	2173	הלכה*		<input type="checkbox"/>
2174	אג"ח ללא מניות		<input type="checkbox"/>	2174	אג"ח ללא מניות		<input type="checkbox"/>
9097	שקלי טווח קצר		<input type="checkbox"/>	9097	שקלי טווח קצר		<input type="checkbox"/>
2172	גילעד כללי**		<input type="checkbox"/>	2172	גילעד כללי**		<input type="checkbox"/>
2177	מנוף כללי**		<input type="checkbox"/>	2177	מנוף כללי**		<input type="checkbox"/>
14198	עוקב מדדים גמיש		<input type="checkbox"/>	14198	עוקב מדדים גמיש		<input type="checkbox"/>
14199	משולב סחיר		<input type="checkbox"/>	14199	משולב סחיר		<input type="checkbox"/>
14200	קיימות		<input type="checkbox"/>	14200	קיימות		<input type="checkbox"/>

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספך במסלול ברירת המחדל - מודל השקעות תלוי גיל. במקרה שבו לא נקבע בהסכם קיבוצי או הסכם אחר כי הפקדה לרכיב פיצויים תבוא במקום פיצויי פיטורים לפי חוק פיצויי פיטורים, בחירה במסלול השקעה לכספי פיצויים השונה ממסלול ברירת המחדל בקרן תותנה בקבלת אישור המעסיק.

* כפוף להיתר עיסוק של ועד ההלכה. הבעלות והזכויות בנכסי הקרן כמסוכים עם הראל, ועל דעתם של חברי ועד ההלכה. ** הבחירה באפיק זה תתאפשר רק לעמית שהיתה לו יתרה בחשבונו בקרן הפנסיה באפיק השקעה זה ביום 31.12.2015.

דמי ניהול בקרן הפנסיה

שיעור דמי ניהול מצבירה (שנתי)	0.3%	שיעור דמי ניהול מהפקדה (חודשי)	4%
-------------------------------	------	--------------------------------	----

שים לב! נוסף על דמי הניהול, רשאת החברה המנהלת לגבות מהנכסים המנוהלים בקופה הוצאות ישירות בשל ביצוע עסקאות. שיעור ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מוצגים באתר האינטרנט של החברה המנהלת בכתובת: www.harel-group.co.il

עמית עצמאי

לגבי עמית עצמאי בלבד - שיעור התגמולים הקובע ואופן חישוב ההכנסה הקובעת יהיו כדלקמן:

☐ 16% (ברירת מחדל)

☐ אחר:

שים לב! בחירה השונה משיעור ברירת המחדל של הקרן מותנה בהצגת אסמכתה שלפיה דמי הגמולים מההכנסה המבוטחת חושבו לפי שיעור שונה.

פרטי תשלום של עמית עצמאי

סכום הפקדה	תאריך תחילת גבייה	תדירות תשלום
₪		

למילוי על ידי עמית שמצטרף באמצעות הצטרפות ישירה (ללא סוכן פנסיוני, משווק פנסיוני או יועץ פנסיוני)

אנא סמן אם מתקיימים אצלך אחד או יותר מאלה:

☐ יש לי קרן פנסיה עם הפקדות שוטפות שנפתחה לפני 03/1995 (עמית פעיל בקרן פנסיה ותיקה). לא רלוונטי לילידי שנת 1980 ואילך.

☐ יש לי ביטוח מנהלים עם הפקדות שוטפות (מבוטח פעיל בקופת ביטוח).

ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור כל מידע, למעט מידע שחלה עלי חובה למסור על פי דין לצורך קבלת השירותים, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול ותפעול קרן הפנסיה שלי, לרבות עיבוד מידע הקיים במערכות החברה והכל בכפוף להוראות הדין.

☐ אני מסכים/ה לקבל מהחברה, ומחברות בקבוצה בה מנויה החברה, הודעות שיווקיות ודברי פרסומת באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או כל אמצעי תקשורת אחר, והכל בהתאם לפרטים השמורים במאגר המידע של החברה.

☐ אני מסכים כי מסמכים והודעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת:

וזאת במקום באמצעות הדואר.

כמו כן, ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיוור לקבלת הודעות שיווקיות ודברי פרסומת, באפשרותי לפנות לכתובת: www.hrl.co.il/pirsum

חתימה:

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן הפנסיה, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן הפנסיה: www.harel-group.co.il

פרטי בעל רישיון

שם פרטי	שם משפחה	מס' בעל רישיון
מס' סוכן בחברה	שם סוכנות	

רשימת מסמכים מצורפים

- ☐ הצהרת בריאות
 ☐ ייפוי כח
 ☐ מסמך הנמקה
 ☐ טופס הוראה לחיוב חשבון - עצמאי
- ☐ כתב מינוי אפטרופוס
 ☐ טופס בקשה להעברת כספים
 ☐ תעודת זהות (במקרה של ויתור על כיסוי ביטוחי)

חתימת העמית*:

חתימת בעל רישיון:

חתימת אפטרופוס:

תאריך חתימה*:

תאריך חתימה:

תאריך חתימה:

שימוש החברה המנהלת (לידיעה בלבד)

למילוי על ידי בעל הרישיון: האם במהלך הפגישה הועברה הצעה לכיסוי מטרייה ביטוחית - "אפגרייד פלוס לפנסיה" להראל חברה לביטוח - ☐ כן ☐ לא

טופס מינוי מוטבים ב"הראל פנסיה"

יש להעביר טופס מקורי בלבד בתוספת צילום תעודת זהות בדואר או לידי נציג החברה במשרדי קבלת הקהל של החברה, או לחילופין העתק מהטופס באמצעות בעל רישיון, בצירוף הצהרתו של בעל הרישיון כנדרש בתחתית הטופס. ניתן להעביר את הטופס במייל לכתובת: idcopension@harel-ins.il או לכתובת דואר: בית הראל, הראל פנסיה וגמל, אבא הלל 3 ר"ג ת.ד. 5211802, 1951.

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת			
שם החברה המנהלת	שם קרן הפנסיה	קוד קרן הפנסיה	מס' החשבון של העמית בקרן
הראל פנסיה וגמל בע"מ	הראל פנסיה	214	

פרטי העמית						
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין*	מצב משפחתי
					ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ידוע בציבור <input type="checkbox"/>

להלן פרטי המוטבים שאני ממנה כזכאים לכספים הרשומים לזכותי בקרן לאחר מותי והכל בכפוף לתנאים שנקבעו בתקנון הקרן:

שם פרטי*	שם משפחה*	תאריך לידה	מס' זהות/דרכון*	כתובת	קרבת משפחה	חלק ב-%*

* ככל שלא ימולא החלק של המוטב באחוזים, בעת פטירה יחולקו הסכומים והתגמולים באופן שווה בין המוטבים.

ככל שאחד המוטבים המפורטים לעיל ילך לעולמו לפני, אני מורה כי הסכומים והתגמולים שהיו אמורים להיות משולמים לו לאחר פטירתי יועברו לאנשים הבאים:

☐ ליורשיי החוקיים (עפ"י צו ירושה או צו קיום צוואה)

☐ לשאר המוטבים בחלקים שווים

☐ אחר:

☐ לשאר המוטבים באופן יחסי לחלקם

הערה: בהיעדר שאירים ובהיעדר הוראה לעניין מינוי מוטבים במועד קרות האירוע המזכה, הסכומים יועברו ליורשיי על פי דין או על פי צוואה והכל בכפוף להוראות התקנון.

דיוורים אלקטרוניים

ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול קופת הפנסיה שלי ותפעולה, ובכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות, תקנות הגנת הפרטיות, והנחיות רשם מאגרי מידע בהתאם לסמכותו לפי חוק הגנת הפרטיות.

☐ אני מסכים/ה כי מסמכים והודעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי וזאת במקום באמצעות הדואר.

☐ אני מעוניין/ת לקבל פניות שיווקיות לגבי מוצרים או שירותים של החברה.
ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיוור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות באמצעות אתר האינטרנט של החברה בכתובת דוא"ל: www.hrl.co.il/pirsum או לכתובת: בית הראל, אגף הפנסיה, אבא הלל 3, ת"ד 5211802, רמת גן 5211802.

חתימת העמית על טופס מינוי המוטבים

תאריך חתימה:	חתימת העמית*:
--------------	---------------

פרטי בעל רישיון

שם פרטי	שם משפחה	מס' בעל רישיון
מס' סוכן בחברה	שם סוכנות	

הצהרת בעל רישיון

אני שפרטיו לעיל, מצהיר בזאת ומאשר כי הוראת מוטבים זו נחתמה לפני ו/או מולאה לבקשת העמית לאחר שהעמית זוהה על ידי.

תאריך: חתימת בעל רישיון:



^dt13051

במידה והעמית סיים את עבודתו, נא לצרף טופס שחרור מעסיק או טופס 161 שימשם תחליף לחתימת המעסיק

א פרטי העמית	
שם פרטי	שם משפחה
טלפון	ת.ז.
דואר אלקטרוני	

ב רכיב פיצויים (נא סמן את המסלול המועדף)	
רכיב אפיק השקעה	שיעור מתוך סכום ההפקדה
<input type="checkbox"/> מחקת מדד S&P 500%
<input type="checkbox"/> מניות%
<input type="checkbox"/> גילאי 50 ומטה%
<input type="checkbox"/> גילאי 50 עד 60%
<input type="checkbox"/> גילאי 60 ומעלה%
<input type="checkbox"/> הלכה%
<input type="checkbox"/> אג"ח ללא מניות%
<input type="checkbox"/> שקלי טווח קצר%
<input type="checkbox"/> גילעד כללי*%
<input type="checkbox"/> מנוף כללי*%
<input type="checkbox"/> עוקב מדדים גמיש%
<input type="checkbox"/> משולב סחיר%
<input type="checkbox"/> קיימות%

*הבחירה באפיק זה תתאפשר רק לעמית שהיתה לו יתרה בחשבוננו בקרן הפנסיה באפיק השקעה זה ביום 31.12.2015

ג אישור המעסיק לבחירת מסלול השקעה לכספי פיצויים	
יש לחתום על סעיף זה אם נבחר מסלול השקעה לפיצויים שונה ממסלול ברירת המחדל - "מודל תלוי גיל"	
תאריך:	חתימה וחתימת המעסיק:

ד חתימת העמית	
תאריך:	חתימת העמית:

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

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

א פרטי העמית	
שם משפחה	שם פרטי
מס' ת.ז.	

ב פרטי המעסיק	
לא רלוונטי לעצמאי	
שם המעסיק	מס' ת.ז.הות/ח"פ/ח"צ
רחוב	מס' / ישוב / מיקוד
טלפון	פקס / איש קשר
דואר אלקטרוני E-Mail	

ג פרטי ההרשאה
שכיר -
אנא מלא את הפרטים להלן:
שכר עמית שיעור ההפקדה: עובד מעביד פיצויים
עצמאי -
אנא מלא את גובה הסכום החודשי שיש לגבות מחשבונך בבנק: ₪

ד מועד גביה
מועד גביה: <input type="checkbox"/> 01 לחודש <input type="checkbox"/> 10 לחודש <input type="checkbox"/> 15 לחודש
הנני מבקש לגבות כספים החל מחודש שכר: / שנה חודש
**במידה ולא יצוין חודש שכר לתחילת הגביה, הגביה תחל במועד המאוחר מבין השלמת מסמכי הצטרפות מלאים ותקינים והשלמת המסמכים הדרושים לגביה בהוראת קבע. לתשומת לבך כי אם הליך ההצטרפות/הליך השלמת המסמכים הדרושים להוראת קבע יושלם לאחר מועד הגביה שצוין, הגביה תבוצע באופן רטרואקטיבי החל מהמועד שצוין בטופס. כמו כן, הפקדות במקרה של גביה רטרואקטיבית לא יקנו כיסויים ביטוחיים.

תאריך: חתימת העמית/המעסיק: 

כתובת מייל בהראל פנסיה: hokpension@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל. 1-700-70-28-70

לכבוד,

בנק:

סניף:

כתובת הסניף:

שם הסוכן / היועץ	מס' הסוכן / היועץ

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד המוסד	אסמכתא / מס' ת.ז. של הלקוח
		סניף בנק	2 8 4 1 7	

☐ הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או

☐ הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:

☐ תקרת סכום החיוב - ש.

☐ מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום//

לתשומת לבך,

- אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
- אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

1. אני/הח"מ:

שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק

מס' ת.זהות / ח.פ.

מכתובת:

רחוב

מס'

עיר

מיקוד

מספר טלפון:

מספר טלפון נייד:

מורה/ים לכם בזאת לחייב את חשבונו/נו הנ"ל בסניפכם בגין תשלום דמי גמולים בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מידי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות ע"י הראל פנסיה וגמל בע"מ, כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".

2. לידעתך/ם:

- א. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממך/ם בכתב לבנק ולהראל פנסיה וגמל בע"מ, שתכנס לתוקף ביום העסקים העוקב ליום מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
- ב. תהיה/ו רשאי/ים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תמסר על ידך/ם לבנק ולהראל פנסיה וגמל בע"מ בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב ו/או הזיכוי.
- ג. תהיה/ו רשאי/ים לבטל חיוב לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם תוכיח/ו לבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
3. הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעליך/ם להסדיר עם הראל פנסיה וגמל בע"מ.
4. סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו יופיעו בדפי החשבון ולא תשלח אליך/ם ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלו.
5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
6. הבנק רשאי להוציא/ך/ם מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך ויודיע לך/ם על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה. נא לאשר ל- הראל פנסיה וגמל בע"מ בספח מטה קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

פרטי הרשאה

לקוח נכבד, סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י הראל פנסיה וגמל בע"מ עפ"י סכום דמי הגמולים המוסכמים, ההצמדה והריבית כפי שנקבעו ו/או עפ"י יתרות החוב שתחושבנה בהתאם להוראות הדין.

תאריך: חתימת בעלי החשבון:

הרשאה לחיוב חשבון בנק להעברת תגמולים להראל פנסיה

לכבוד:

הראל פנסיה וגמל בע"מ

ת.ד. 1951, רמת גן 5211802

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד המוסד	אסמכתא / מס' ת.ז. של הלקוח
		סניף בנק	2 8 4 1 7	

קבלנו הוראות מ- לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מידי פעם בפעם ואשר מס' חשבונו/נום בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות ונפעל בהתאם, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על ידי בעלי החשבון או כל עוד לא הוצאו/ו בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבויותכם כלפינו, לפי כתב השיפוי, שנחתם על ידיכם.

תאריך: בנק: סניף: חתימה וחותמת הסניף:



הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רישיון) (נספח ב2)

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) (מספר ח.פ.)

מייפה הכוח (הלקוח):

שם: מספר זיהוי:

כתובת:

מיופה הכוח (במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד):

שם (יחיד/תאגיד): רישיון מס': מס' סוכן בהראל:

אשר הינו (סמן את האפשרות המתאימה): ☐ (1) יועץ פנסיוני ☐ (2) סוכן ביטוח פנסיוני

טלפון: מייל:

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני ומי מטעמי, לפנות בשמי לגוף המוסדי² המפורט לעיל לשם קבלת מידע³ מוצרים פנסיוניים⁴ ותכנית ביטוח⁵ הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשותי להצטרפות למוצר או העברת בקשותי לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית. אם מנוהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית שבכל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיופה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

(1) מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר	(2) מספר הקידוד של המוצר (חובה)	(3) סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

- 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.
- אם מועבר "מספר הקידוד של המוצר" יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני".
- בממשק האירועים שדה "מספר קידוד אחיד" הוא שדה חובה.
- אם סימנתי ☒ בעמודה (3), סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.

1. ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסוים)

<p>שים לב! באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה</p> <p><input type="checkbox"/> בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע על מוצר מסוים, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.</p> <p><input type="checkbox"/> בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם.</p>

2. תוקפו של ייפוי כוח

<p>שים לב! באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה</p> <p><input type="checkbox"/> הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.</p> <p><input type="checkbox"/> הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ-10 שנים - עד ליום</p>

ולראיה באתי על החתום:

תאריך החתימה

חתימת הלקוח

תאריך החתימה

חתימת סוכן הביטוח / יועץ פנסיוני

שם סוכן הביטוח / יועץ פנסיוני

¹ "מי מטעמי" - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות בפיקוח 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 מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבדים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש.

⁴ "מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 31(ז2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.

⁵ "תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.



^dt13040

איך תדאגי לפנסיה שלך?

קרב הפנסיה שלך תעניק לך קצבה חודשית לאחר פרישה מעבודה, וכיסוי ביטוחי למקרה שלא תוכלי/י להמשיך לעבוד או למקרה מוות.

1. ביטוח בקרב הפנסיה

קרב הפנסיה שלך מספקת שני סוגים של כיסויים ביטוחיים במהלך תקופת העבודה:

ביטוח למקרה נכות - אם לא תוכלי/י להמשיך לעבוד כתוצאה ממצב רפואי מתמשך, תוכלי/י לקבל מקרב הפנסיה קצבה חודשית לתקופת הנכות.
ביטוח למקרה מוות - אם תלך/תלכי לעולמך חס וחלילה בן/בת הזוג שלך יקבל קצבה חודשית מהקרב לכל ימי חייו/חייה וילדיך יקבלו קצבה חודשית עד גיל 21.

- תוכלי/י לבחור מסלול ביטוח בקרב המתאים לצרכיך בכל עת באמצעות שליחת בקשה בעניין לקרב.
- אם אין לך בת/בן זוג וילדים, באפשרותך לוותר על כיסוי ביטוחי למקרה מוות. שים/שימי לב, עליך לחזור ולעדכן את הקרב כל שנתיים שלא חל שינוי במצבך, כדי שלא יגבו ממך את עלות הביטוח מחדש.
- בחמש השנים הראשונות בקרב פנסיה לא תקבלי/י פיצוי אם מקרה הביטוח נובע ממחלה שהייתה לך לפני שהצטרפת לקרב פנסיה.

שים/שימי לב!

- באפשרותך לשמור על הכיסוי הביטוחי מקרנות קודמות שצברת לאורך תקופת החיסכון ולהזיל את עלויות הביטוח באמצעות העברת הכספים לקרב החדשה שלך.
 - הפסקת הפקדות לקרב מבטלת את הכיסוי הביטוחי ולא תוכלי/י להשיג לאחר מכן את אותם התנאים.
- במקרה של הפסקת עבודה (לדוגמה, בעקבות חופשת לידה מעל 5 חודשים), ניתן לשמור על רציפות הכיסוי הביטוחי למשך תקופה מוגבלת, ע"י תשלום עבור הכיסוי הביטוחי בלבד.

2. חיסכון בקרב פנסיה

- הקצבה החודשית שלך בפנסיה תיקבע בהתאם לסכום שמופקד לחיסכון מדי חודש, הרווח ששיגי הכסף שלך, ובניכוי דמי ניהול ועלות הכיסוי הביטוחי.
- חיסכון לתקופה ארוכה יותר, דמי ניהול נמוכים יותר, ואי משיכת כספים לאורך תקופת החיסכון יבטיחו לך קצבה חודשית גבוהה יותר.
- לבחירתך עומדים מספר מסלולי השקעה בקרב הפנסיה.

שים/שימי לב!

משיכת פיצויים עלולה להקטין את הקצבה החודשית שלך בכ-40%.

3. דמי ניהול בקרב פנסיה

- עבור ניהול כספי החיסכון שלך תשלם/י דמי ניהול לקרב הפנסיה.
- להלן דמי הניהול הממוצעים הנגבים מעמיתים בקרב "הראל פנסיה":

דמי ניהול ממוצעים בקרב בשנת 2021	מסך החיסכון	מההפקדה החודשית
	0.17%	1.74%

שים/שימי לב!

שיעור דמי הניהול משפיע על גובה החיסכון שיעמוד לרשותך בגיל פרישה.