

בקשת הצטרפות לקופת גמל להשקעה – כלל גמל לעתיד

החשבון נפתח לצורך: ☐ הפקדות בלבד ☐ העברת כספים בלבד ☐ העברה + הפקדות

א. פרטי העמית חובה לצרף תצלום של תעודת זהות/דרכון (לתושב חוץ), חובה לחתום על הצהרת CRS-I FATCA המצורף					
מספר זהות/דרכון	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	תושב
			____/____/____	☐ זכר ☐ נקבה	☐ ישראל ☐ חוץ
רחוב	מספר	יישוב	מיקוד		
טלפון	טלפון נייד	דוא"ל	@		

ב. פרטים במקרה שפותח החשבון אינו העמית חובה לחתום על הצהרת CRS-I FATCA המצורף					
מספר זהות/דרכון	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	תושב
			____/____/____	☐ זכר ☐ נקבה	☐ ישראל ☐ חוץ
רחוב	מספר	יישוב	מיקוד		
טלפון	טלפון נייד	דוא"ל	@		

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 הגמל שלי ותפעולה, ובכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות, תקנת הגנת הפרטיות, והנחיות רשם מאגרי מידע בהתאם לסמכותו לפי חוק הגנת הפרטיות.

אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה אליי מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין), בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל, באמצעות:

☐ אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון נייד) ☐ דואר רגיל

לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה.

ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכות כל החברות מקבוצת כלל, עבור כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצה, וישמשו לביצוע פניות אליי.

ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון *5454.

אני מאשר כי החברה תפנה אלי, לצורך הצעת מוצרים ושירותים שונים, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע בכל עת כי אינני רוצה לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

☐ איני מאשר.

תאריך _____ חתימה _____



ג. המסלול הנבחר

יש לרשום את האחוזים המבוקשים בכל מסלול להלן, אם לא יבחר מסלול יועברו ההפקדות השוטפות למסלול כלל גמל לעתיד כללי (להלן: "מסלול השקעה ברירת מחדל בקופה")

שם המסלול	מספר מסלול באוצר	שיעור מתוך סכום ההפקדה
☐ כלל גמל לעתיד כללי	7988	
☐ כלל גמל לעתיד עוקב מדדים גמיש	14681	
☐ כלל גמל לעתיד אשראי ואג"ח	7989	
☐ כלל גמל לעתיד מניות	7991	
☐ כלל גמל לעתיד אשראי ואג"ח עם מניות (עד 25% מניות)	7992	
☐ כלל גמל לעתיד הלכה	7994	
☐ כלל גמל לעתיד עוקב מדד S&P 500	13344	
☐ כלל גמל לעתיד עוקב מדדי מניות	14791	
☐ כלל גמל לעתיד כספי (שקלי)	7993	
☐ כלל גמל לעתיד מניות סחיר	15427	
☐ כלל גמל לעתיד אג"ח סחיר	15428	
☐ כלל גמל לעתיד משולב סחיר	15429	
סה"כ		100%

לעמית הבחור במסלול כלל גמל לעתיד כספי (שקלי) בלבד:

סמן את בחירתך: (חובה)

תקופת הבחירה במסלול (בחודשים): ☐ 24 ☐ 12 ☐ 6

מסלול השקעה למעבר בתום תקופת הבחירה:

קוד מסלול	שם מסלול השקעה
☐ 7988	כלל גמל לעתיד כללי
☐ 14681	כלל גמל לעתיד עוקב מדדים גמיש
☐ 7989	כלל גמל לעתיד אשראי ואג"ח
☐ 7991	כלל גמל לעתיד מניות
☐ 7992	כלל גמל לעתיד אשראי ואג"ח עם מניות (עד 25% מניות)
☐ 7994	כלל גמל לעתיד הלכה
☐ 13344	כלל גמל לעתיד עוקב מדד S&P 500
☐ 14791	כלל גמל לעתיד עוקב מדדי מניות
☐ 15427	כלל גמל לעתיד מניות סחיר
☐ 15428	כלל גמל לעתיד אג"ח סחיר
☐ 15429	כלל גמל לעתיד משולב סחיר

ד. אופן התשלום - בחר אמצעי גבייה (עד 70,000 ש"ח צמוד מדד)

☐ העברה בנקאית	סכום העברה _____ חשבון בנק מעביר _____	יש להעביר את סכום ההפקדה לחשבון בנק שמספרו 295556/50 בסניף 800 בנק 10. במקביל יש להעביר לדוא"ל pizurim_gemelinvest@clal-ins.co.il את אישור העברה הבנקאית לרבות ציון שם הקופה (כלל גמל להשקעה).
☐ המחאה	ניתן לשלוח לכתובת ת.ד. 58250 תל-אביב מיקוד 6158102	
☐ הפקדה באמצעות הוראת קבע	☐ הפקדה חודשית (חודש בחודשו) ☐ הפקדה חד פעמית (באמצעות הוראת קבע) ניתן לפתוח באמצעות אתר הבנק שלך הרשאה לחיוב חשבון לקוד מוסד 7342 ולצרפו טופס זה או למלא טופס "הוראה לחיוב חשבון" המצורף.	ניתן לבחור את שתי החלופות יחד באמצעות הוראת קבע ובתנאי שלא יעלה על 70,000 ש"ח צמוד מדד שנתי לעמית
הנני מצהיר, כי סך הכספים שיופקדו לקופות הגמל להשקעה על ידי, ב"כלל פנסיה וגמל" ו/או בחברות אחרות, לא יעלה על סך של 70,000 ש"ח בכל שנת מס, הסכום האמור יעודכן מדי שנה ב-1 בינואר, לפי שיעור עליית המדד שיהיה ידוע באותו מועד לעומת המדד הידוע ביום 01.07.2016. כמו כן, ידוע לי כי ניתן להפקיד סכומים נוספים לקופה וזאת בכפוף לעמידה בהוראות סעיף 22 (א) לחוק קופות הגמל.		
דמי ניהול _____% מצבירה ו- _____% מהפקדה. תאריך _____ חתימת העמית _____		

ה. הצהרת העמית

אלה עשויים להימסר למאגרי מידע בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ ("הקבוצה") וכן למאגרי מידע נוספים הנדרשים לצורך מתן שירותים, ניהול נכסי הלקוחות, לצורך הפעילות השוטפת וכן לצורך קיום חובותיה על-פי דין. אני מאשר לחברה להעביר מידע על מצב חשבוני בקופה באמצעות האינטרנט ואמצעים נוספים, ידוע לי כי אוכל לצפות בנתונים אלו באמצעות שימוש בקוד סודי, וכן אני מתיר להעביר את המידע הדרוש למפיץ הפועל בשמי כאמור להלן. הקוד הסודי יישלח אליי בהודעת SMS, וידוע לי כי אין ולא יכולה להיות לחברתכם שליטה על מקבל הקוד הסודי ו/או העושה בו שימוש.

אני פוטר בזאת את החברה מכל אחריות לכל נזק ו/או אובדן ו/או הפסד ו/או הוצאה שנגרמה לי כתוצאה ו/או בגין מעשה או מחדל שלי ו/או של מי ממורשיי ו/או בגין ו/או כתוצאה מהרכב תיק ההשקעות בחשבוני בקופה, התשואות בגין ההשקעות בחשבון ו/או טיבן של ההשקעות בחשבון ו/או בגין ו/או כתוצאה מפעולות בחשבון שבוצעו על-פי הוראתי ו/או הוראת מי ממורשיי ו/או תוצאה ו/או בגין אי-ביצוע פעולות מכל סוג שהוא בחשבון ובלבד שאי הביצוע כאמור לא נבע ממחדל מכון של החברה.

תאריך _____ חתימת העמית _____

אני מבקש בזה להצטרף כעמית בקופת הגמל "כלל גמל לעתיד" (להלן: "הקופה") שבניהול כלל פנסיה וגמל בע"מ (להלן: "החברה"). ידוע לי כי אהיה כפוף לכל התנאים, ההוראות וההתחייבויות המוטלות על העמיתים לפי תקנון הקופה אשר תנוהל על-ידי החברה, על-פי שיקול דעתה, בכפוף להוראות הדין. ידוע לי כי את הוראות התקנון של הקופה אפשר לקבל בלא תשלום במשרדי החברה, באתר האינטרנט הרשום להלן או בדואר לאחר פנייה בכתב/בטלפון על-פי המען הרשום להלן.

אני מעוניין לפנות מפעם לפעם אל החברה באמצעות הפקסימיליה ו/או הטלפון, למתן הוראות לביצוע פעולות בחשבוני (לרבות הוראה למתן חיוב חשבוני בבנק) ו/או לקבלת מידע טלפוני או כתוב, וידוע לי כי החברה תהיה פטורה מכל אחריות לנזק, הפסד, הוצאה או פגיעה בפרטיות העלולים להיגרם לי במישרין או בעקיפין כתוצאה מפעולה או אי-פעולה כלשהי של החברה בהתאם לבקשה זו, ובמיוחד ומבלי לגרוע מכלליות האמור, במקרה ויתברר כי הבקשה נמסרה לכם בשמי על-ידי מי שלא הוסמך לכך.

אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מודע לכך, שהפרטים שמסרתי לחברה ו/או כל מידע שגיגע לידיעת החברה, יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת החברה לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכי פרטים

ו. הצהרת פותח החשבון - עבור פתיחת חשבון לקטין או חסוי

אני החתום מטה מבקש בזה כי תנהלו אצלכם חשבון על שם הקטין או החסוי שפרטיו רשומים לעיל. ידוע לנו כי לצורך משיכת הכספים מהקופה ו/או העברתם, תידרש הסכמת שני ההורים או האפוטרופוסים, לפי העניין. באשר לזכות לפעול בחשבון, הנני מצהיר כדלקמן:

☐ כל אחד מהורי הקטין או מאפוטרופוסיו יהיה רשאי לפעול בחשבון;

☐ הנני מקנה לקטין את הכספים שיצטברו בחשבון, בהתאם לסעיף 31 לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962, וקובע כי רק ל- _____ תהיה הזכות לפעול בחשבון בשם הקטין.

שם _____ ת.ז. _____ כתובת _____

תאריך _____ חתימה _____

ז. הצהרה לפי צו איסור הלבנת הון

אני _____ (שם העמית) בעל מספר זהות _____ מצהיר בזאת:

☐ אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בחשבון זולת העמית, למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי מוות בחשבון.

☐ יש נהנה בזכויות כאמור, ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים.

הסיבה לכך: _____

אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.

☐ הנהנים בחשבון הם:

שם	מספר תעודת זהות**	תאריך לידה/התאגדות***	כתובת***

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.

ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק איסור הלבנת הון, התש"ס-2000 מהווה עבירה פלילית.

תאריך _____ חתימת העמית _____

** לרבות שם המדינה שבה הוצא מסמך הזיהוי
*** ימולא אם חסר שם או מספר זהות

ח. פרטי בעל רישיון

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



טופס מינוי מוטבים בקופת כלל גמל לעתיד

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות/דרכון*	תאריך לידה*	מין*	מצב משפחתי
					☐ זכר ☐ נקבה	☐ רווק ☐ נשוי ☐ גרוש ☐ אלמן ☐ ידוע בציבור

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- %*
סה"כ						

* 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:
☐ לשאר המוטבים בחלקים שווים
☐ לשאר המוטבים באופן יחסי לחלקם
☐ ליורשיי החוקיים (על פי צו ירושה או צו קיום צוואה)
אחר: ☐

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

חתימת העמית* _____ תאריך חתימה* _____

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.

חתימת בעל הרישיון _____ 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 משפחה	שם פרטי	מספר זהות
כתובת מגורים		

ב. מיופה הכוח (סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני, במקרה של בעל רישיון שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד)

שם (יחיד/תאגיד)	רישיון מספר	מספר טלפון
אשר הינו:	דוא"ל	
☐ יועץ פנסיוני ☐ סוכן ביטוח פנסיוני (סמן את האפשרות המתאימה)		

אני החתום מטה, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני ומי מטעמו¹, לפנות בשמי לגוף המוסדי² המפורט לעיל לשם קבלת מידע³ אודות 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 שבעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיופה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

ג. 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).
☐		☐
☐		☐

* 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 V בעמודה (3), סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני 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) שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:

- ☐ 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.
- ☐ 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.

☒ חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם.

2. תוקפו של יפוי הכוח

שים לב כי 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

חתימת הלקוח _____ תאריך החתימה _____

שם סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני _____ חתימת סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני _____ תאריך חתימה _____

- 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 (ייעוץ, שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), התשע"ב - 2012.
- גוף מוסדי - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או קרן פנסיה.
- מידע אודות המוצר - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיקי, פרטי שכר, הפקדות וייתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שיעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככלל שנדרש.
- מוצר פנסיוני - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31(ז)(2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.
- תכנית ביטוח - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.

אמצעי תשלום

שם העמית
מספר ת.ז.
מספר חשבון בקופה

יש לבחור קוד מוסד אחד בלבד

לתשומת לבך, על מנת שיתאפשר לנו לבצע גבייה בהוראת קבע, עליך לפנות לבנק שלך ולבקש לפתוח הרשאה לקוד המוסד הרלוונטי. בקשה לגבייה בהוראת קבע שלא תיפתח לה הרשאה בבנק, לא תכובד ע"י הבנק, ותמנע את קבלת ההפקדות לחשבונך בקופה.

קודי מוסד להפקדות

פנסיה (קוד מוסד 29037) קרן הפנסיה "כלל פנסיה" / "כלל פנסיה משלימה"	קופות גמל (קוד מוסד 21591) קופת "בר" (א'+ג') (קוד מוסד 46127) "כלל תמר כללי" (קוד מוסד 7342) קופת גמל להשקעה "כלל גמל לעתיד"
קרן השתלמות (קוד מוסד 27289) "כלל השתלמות כללי"	

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

תאריך _____

מספר חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)		
שם המוסד (המוטב) כלל פנסיה וגמל בע"מ			

אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

לכבוד _____
בנק _____
סניף הבנק _____
כתובת הסניף _____

☒ הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או -

הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:

☐ תקרת סכום החיוב - _____ ש"ח

☐ מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום - ____ / ____ / ____

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אנו ה"ח"מ _____ מס' זהות/ח"פ _____ ("הלקוחות")
שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק

כתובת _____ (רחוב) _____ (מספר) _____ (עיר) _____ (מיקוד)

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו), וזאת בגין הפקדות לקופה/קרן _____/הסכם ההלוואה _____.

מאות/סוג התשלום

2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:

- עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
 - הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק **ולכלל פנסיה וגמל בע"מ** שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
 - נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
 - נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
 - הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
 - הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 - אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 - הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
4. ידוע לי כי קביעת הגבלות כלשהן בהרשאה זו לחיוב חשבון, הינה הוראה כלפי הבנק ולפיכך מחייבת ביחסי הבנק ולקוחותיו בלבד. יובהר כי אין באמור לעיל כדי לחייב את המוטב לקבל הרשאה לחיוב חשבון הכוללת הגבלות כאמור והדבר נתון לשיקול דעתו.

פרטי ההרשאה סכום החיוב ומועדו יקבע מעת לעת ע"י כלל פנסיה וגמל בע"מ

5. **אימות זיהוי לקוח ע"י הסוכן**

הנני מאשר/ת בזה כי ביום _____ הופיע בפני הלקוח _____
כי זיהיתי את הלקוח באמצעות ת.ז. / רשיון נהיגה, כי וידאתי שהלקוח הינו בעל חשבון הבנק המפורט לעיל וכי הלקוח חתם על מסך זה בפני

תאריך _____ שם הסוכן/סוכנת _____ מס' הסוכן/סוכנת _____ חתימת + חותמת סוכנות _____

* ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכן/ת יש לצרף לטופס צילום צילום תעודת זהות או רשיון נהיגה של הלקוח

חתימת הלקוחות X



טופס הצהרה עצמית של יחיד לצרכי FATCA ו-CRS

הצהרת העמית

שם	משפחה	ת.ז.	נייד	דוא"ל
שם באנגלית	Name	שם משפחה באנגלית	Surname	כתובת מגורים באנגלית
Address				

הצהרת FATCA (נא סמן את בחירתך)

האם את/ה אזרח/ית ארה"ב? ¹	☐ כן ☐ לא	האם את/ה תושב/ת ארה"ב לצרכי מס? ²	☐ כן ☐ לא
אם סימנת כן בסעיפים 1 ו/או 2 (באחד הסעיפים או בשניהם) יש לצרף טופס W9 ³ ולרשום את מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצרכי מס בארה"ב.			

הצהרת CRS (נא סמן את בחירתך)

האם הנך בעל תושבות מס ⁴ במדינה שאינה ישראל או ארה"ב?		☐ כן ☐ לא
במידה וסימנת כן נא מלא/י את הטבלה הבאה:		
מדינה	מספר משלם מס מקומי (TIN)	אם חסר TIN – סמן את הסיבה
		המדינה אינה מנפיקה TIN
		אחר, נא פרט
א	☐	
ב	☐	

הריני מצהיר כדלקמן:

כל המידע שניתן בטופס זה הינו נכון ומדויק. אני מצהיר כי אינני תושב לצרכי מס במדינה כלשהי למעט המדינות המצוינות בטופס לעיל. ידוע לי כי טופס זה והמידע שנמסר בו יכול להיות מדווח לרשויות המס בישראל ו/או בחו"ל. ככל שבעתיד יחול שינוי בנוגע לתושבותי לצרכי מס במדינה זרה ו/או בנוגע לאזרחותי עליי לעדכן את חברת כלל פנסיה וגמל בע"מ.

תאריך _____ חתימה _____

הצהרת פותח החשבון במקרה שאינו העמית

שם	משפחה	ת.ז.	נייד	דוא"ל
שם באנגלית	Name	שם משפחה באנגלית	Surname	כתובת מגורים באנגלית
Address				

הצהרת FATCA (נא סמן את בחירתך)

האם את/ה אזרח/ית ארה"ב? ¹	☐ כן ☐ לא	האם את/ה תושב/ת ארה"ב לצרכי מס? ²	☐ כן ☐ לא
אם סימנת כן בסעיפים 1 ו/או 2 (באחד הסעיפים או בשניהם) יש לצרף טופס W9 ³ ולרשום את מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצרכי מס בארה"ב.			

הצהרת CRS (נא סמן את בחירתך)

האם הנך בעל תושבות מס ⁴ במדינה שאינה ישראל או ארה"ב?		☐ כן ☐ לא
במידה וסימנת כן נא מלא/י את הטבלה הבאה:		
מדינה	מספר משלם מס מקומי (TIN)	אם חסר TIN – סמן את הסיבה
		המדינה אינה מנפיקה TIN
		אחר, נא פרט
א	☐	
ב	☐	

הריני מצהיר כדלקמן:

כל המידע שניתן בטופס זה הינו נכון ומדויק. אני מצהיר כי אינני תושב לצרכי מס במדינה כלשהי למעט המדינות המצוינות בטופס לעיל. ידוע לי כי טופס זה והמידע שנמסר בו יכול להיות מדווח לרשויות המס בישראל ו/או בחו"ל. ככל שבעתיד יחול שינוי בנוגע לתושבותי לצרכי מס במדינה זרה ו/או בנוגע לאזרחותי עליי לעדכן את חברת כלל פנסיה וגמל בע"מ.

תאריך _____ חתימה _____

1. בכפוף להוראות הדין בארה"ב. 2. בכפוף להוראות הדין בארה"ב. 3. W9 – Request For Taxpayer Identification Number and Certification. 4. אדם הינו תושב לצרכי מס במדינה מסוימת אם על פי חוקי המס של אותה מדינה הוא נחשב תושב מס בה.

