

טופס הצטרפות לקרן השתלמות

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת

שם החברה המנהלת*	שם קרן ההשתלמות*	קוד קרן ההשתלמות	מספר החשבון של העמית בקרן
כלל פנסיה וגמל בע"מ	כלל השתלמות	456	

פרטי העמית

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

יישוב*	ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד

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 מעסיק

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

מסלולי השקעה בקרן ההשתלמות נבדלים ברמת הסיכון והתשואה הצפויה לכספיך המושקעים בקרן

מסלולי השקעה בקרן השתלמות

סמן את מסלול ההשקעה המבוקש ושיעור החלוקה המבוקש בין המסלולים (בין 0 ל- 100%):

שם מסלול השקעה	קוד מסלול	שיעור מתוך סכום ההפקדה
כלל השתלמות כללי	456	<input type="checkbox"/>
כלל השתלמות שקלי טווח קצר	1351	<input type="checkbox"/>
כלל השתלמות אג"ח צמוד מדד	1348	<input type="checkbox"/>
כלל השתלמות הלכה	1534	<input type="checkbox"/>
כלל השתלמות אג"ח	2115	<input type="checkbox"/>
כלל השתלמות אג"ח עד 15% מניית	12599	<input type="checkbox"/>
כלל השתלמות מניית	1350	<input type="checkbox"/>
כלל השתלמות מחקה מדד S&P 500	13342	<input type="checkbox"/>

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספיך במסלול כלל השתלמות כללי.

דמי ניהול בקרן השתלמות

שיעור דמי ניהול מצבירה (שנתי) %

שים לב!

נוסף על דמי הניהול, רשאית החברה המנהלת לגבות מהנכסים המנוהלים בקופה הוצאות ישירות בשל ביצוע עסקאות. שיעורי ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מוצגים באתר האינטרנט של החברה המנהלת בכתובת www.clal.co.il



פרטי תשלום של עמית עצמאי

תדירות תשלום	תאריך תחילת גבייה	סכום הפקדה
		₪

אישורים

ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול קרן ההשתלמות 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.

אני מאשר.

_____ תאריך _____ חתימה

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן ההשתלמות, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קופת הגמל: www.clal.co.il

פרטי בעל רישיון

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

רשימת מסמכים מצורפים

- אישור על עוסק עצמאי הרשום במע"מ
- ייפוי כח - בהתאם להוראות הממונה
- מסמך הנמקה - בהתאם להוראות הממונה
- טופס הוראה לחיוב חשבון - עצמאי (רשות)
- הוראה להפקדה חד פעמית - עצמאי (רשות)
- כתב מינוי אפוטרופוס - (חובה ככל שאפוטרופוס מעורב בתהליך)
- טופס בקשה להעברת כספים - בהתאם להוראות הממונה (רשות)
- שאלון הכר את הלקוח -עמית עצמאי (חובה)
- הצהרת CRS-I FATCA לעמית עצמאי
- צילום תעודת זהות

חתימת העמית*: _____ תאריך חתימה*: _____

חתימת בעל רישיון: _____ תאריך חתימה: _____

חתימת אפוטרופוס: _____ תאריך חתימה: _____



בקשת העברה לקופת גמל שאינה קרן פנסיה ואינה קופת ביטוח

לשימוש פנימי בלבד: <input type="checkbox"/> העברה בלבד <input type="checkbox"/> העברה והפקדה <input type="checkbox"/> לא סומן	למילוי בידי הקופה המעבירה	מס' הקופה המעבירה (מס' אישור מ"ה)	שם הקופה המעבירה	לכבוד בנק/גוף מנהל
			(להלן "הקופה המעבירה")	

א. פרטי העמית וחשבונו בקופה / בקרן המעבירה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מספר חשבון/עמית בקופה המעבירה
רחוב	מספר	יישוב	מיקוד
			פעילות העמית בקופה/הקרן <input type="checkbox"/> פעיל <input type="checkbox"/> לא פעיל

ב. בקשת הקופה המקבלת

להלן בקשתו של העמית הרשום לעיל להעברת כספים מחשבונו אצלכם, כמפורט להלן. בהמשך לבקשה, אנו מתחייבים בזאת בהתחייבות בלתי חוזרת לקבל את כספי העמית. לכל מונח במסמך זה תהיה המשמעות הנודעת לו בתקנות, אלא אם כן נקבע במפורש אחרת.

ג. בקשת העמית

אני מבקש להעביר מחשבוני בקרן המעבירה, לפי התקנות, לזכות חשבוני מספר _____ בקרן המסומנת (להלן "הקרן המקבלת") את **מלוא הכספים** שנצברו לזכותי.

אני מורה לכם בזאת להעביר את יתרת חשבוני הנ"ל אצלכם, הכוללת רווחים עד ליום העברה, כולל זכויותיי שנצברו לזכות חשבוני בקרן הנ"ל לקרן המסומנת להלן:

- כללי 456
 אג"ח צמוד מדד 1348
 מניות 1350
 הלכה 1534
 שקלי טווח קצר 1351
 אג"ח 2115
 אג"ח עד 15% מניות 12599
 מחקה מדד - S&P 500 13342

לידיעתך, ברירת המחלף להעברת הכספים, במידה שלא ציינת את סך היתרה שתועבר לקופה המקבלת, מרכיבי החשבון שמהם יועברו הכספים או את מסלולי ההשקעה שמהם תרצה להעביר את הכספים, היא העברת מלוא הכספים שנצברו בחשבוני בקופה המעבירה, בכל מרכיבי החשבון ובכל מסלולי ההשקעה.

- אני נותן בזה את הסכמתי לכך שתמסרו את כל הפרטים, הנתונים והמסמכים שיש לכם לגביי והנדרשים לפי הוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר לפי סעיף 23 (ד) לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ה - 2005, לכלל פנסיה וגמל בע"מ.
- ידוע לי שהחל במועד הקובע תהיו פטורים מלשלם לי כל תשלום שהוא, לרבות בשל חבות ביטוחית, הנובע מן הכספים שהועברו לקופת הגמל המקבלת.
- אני מצהיר כי למיטב ידיעתי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו מתקיימים כל התנאים האלה:
 - לא קיים צו עיקול על חשבוני בקופת הגמל המעבירה על הסכום או על חלק מהסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל.
 - לא קיים שעבוד שנעשה כדין על חשבוני בקופת הגמל המעבירה על הסכום או חלקו שביקשתי להעביר כאמור לעיל.
 - לא קיימת בחשבוני בקופת הגמל המעבירה יתרת חוב בשל הלוואה שטרם נפרעה במלואה.

ידוע לי כי ככל שמתקיימים לגבי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו ועד למועד ההעברה, אחד או יותר מן התנאים האמורים, תבוטל בקשת ההעברה ולא תבוצע העברת כספים לקופה המקבלת.

- לעמית פעיל בלבד

ידוע לי כי בקשתי האמורה, מותנית בכך שלא יחלפו למעלה מ-120 ימים ממועד הגשת הבקשה ועד למועד שבו יופקדו בשלי לראשונה בכלל השתלמות כספים, אלא אם כן אודיע לכלל פנסיה וגמל כי לא יופקדו בשלי כספים לקופה הנבחרת בכלל השתלמות. כמו כן ידוע לי כי אם אודיע כאמור, אחשב לעניין המועד הקובע כעמית לא פעיל.

אני מבקש כבר עכשיו להודיע כי לא יופקדו בשלי כספים לקופה המקבלת לכלל השתלמות.

*חתימה על סעיף זה בהיעדר סימון במקום המיועד לכך, תחשב כאי מילוי הודעה

5. חתימתי על בקשה זו נעשית לאחר שקראתי אותה בעיון ותוכנה הוסבר לי היטב, ולאחר ששקלתי את האמור בה וגמרתי אומר להתחייב בה בכלל השתלמות.

שם מאשר חתימת העמית _____ תאריך _____ חתימת העמית _____

לידיעתך, בקשת העברה זו ניתנת לביטול, ובלבד שהכספים טרם הועברו ביטול ייעשה באמצעות חתימה על טופס הודעת ביטול והעברתו לקופה המעבירה (הקופה ממנה עוברים הכספים). העברת הטופס אפשרית בפקס או בדוא"ל.

בחשבוני קטין/חוסה, יש להחתיים את שני ההורים או את האפוטרופוס:

שם האב או האפוטרופוס	מספר זהות	שם האם	מספר זהות
אפוטרופוס, יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס מקורי או נאמן למקור			
חתימת האב <input checked="" type="checkbox"/>	חתימת האם <input checked="" type="checkbox"/>	חתימת האפוטרופוס <input checked="" type="checkbox"/>	

תפוצה: מקור - לקופה/קרן; העתק - 1 לעמית; העתק - 2 לסוכן.



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: <input type="checkbox"/> יועץ פנסיוני <input type="checkbox"/> 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 בקשותיי להצטרפות למוצר או העברת בקשותיי לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית. אם מנוהלת עבור 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)
<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 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 _____

- 1 "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 (יעוץ, 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 קרן פנסיה.
- 3 "מידע אודות המוצר" - 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 שיעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככלל שנדרש.
- 4 "מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31(ז)(2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.
- 5 "תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.



איך תדאגי לחיסכון שלך?

קרן ההשתלמות שלך היא אפיק החיסכון שלך לשנים הקרובות.

1 | חיסכון בקרן השתלמות

הסכום שתצבור/שתצברי בקרן ההשתלמות ייקבע בהתאם לסכום שמופקד לחיסכון בקרן מדי חודש, הרווח ששיגי הכסף שלך, ובניכוי דמי הניהול שאת/ה משלם/משלמת.

בתום שש שנים מתחילת ההפקדות לקרן תוכלי/ להחליט אם למשוך את הכסף או להמשיך ולהפקיד לאותה קרן ולמשוך את הכסף כשתזדקקי/י לו.

בתום שלוש שנים מתחילת ההפקדות בקרן, תוכל/תוכלי למשוך כסף למטרת השתלמות בהתאם להוראת הדין.

2 | מסלולי השקעה

החיסכון שלך מושקע במסלול השקעה לבחירתך והוא נותן לך רווחים על החיסכון בקרן. אם לא בחרת במסלול השקעה כספך יושקע במסלול ברירת המחדל, אבל את/ה יכול/ה לבחור במסלול השקעה אחר ולשנות את בחירתך לאורך כל תקופת החיסכון.

שימי לב!

התשואה של המסלול היא לא המאפיין היחיד אותו יש לבחון, שימי לב לרמת הסיכון במסלול ההשקעה שבחרת.

3 | דמי ניהול בקרן השתלמות

- עבור ניהול כספי החיסכון שלך תשלם/י דמי ניהול לקרן ההשתלמות. להלן דמי הניהול הממוצעים הנגבים מעמיתים בקרן **כלל השתלמות**.

מסך החיסכון	דמי ניהול ממוצעים בקרן
0.58%	בשנת 2020

שימי לב!

ראי עור דמי הניהול משפיע על גובה החיסכון שיעמוד לרשותך בעת משיכת הכספים.



טופס הצהרה עצמית של יחיד לצרכי FATCA-CRS

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

U.S. TIN _____

הצהרת CRS (נא סמן את בחירתך)

- האם הנך בעל תושבות מס במדינה שאינה ישראל או ארה"ב? כן לא
- במידה וסימנת כן נא מלא/י את הטבלה הבאה:

מדינה	מספר משלם מס מקומי (TIN)	המדינה אינה מנפיקה TID	אם חסר TID - סמן את הסיבה
א		<input type="checkbox"/>	אחר, נא פרט
ב		<input type="checkbox"/>	

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.

