

## טופס הצטרפות לקופת גמל

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (\*)

### פרטי החברה המנהלת

שם החברה המנהלת	שם קופת הגמל	קוד קופת הגמל	מספר החשבון של העמית בקופה
כלל פנסיה וגמל בע"מ	בר - קופת גמל	263	

### 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

### 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 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 שברצוני לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטי 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 \_\_\_\_\_

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קופת הגמל, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קופת הגמל: [www.clal.co.il](http://www.clal.co.il)

### פרטי מעסיק

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



### דמי ניהול בקופת גמל

שיעור דמי ניהול מהפקדה (חודשי)	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](http://www.clal.co.il)

### פרטי תשלום של עמית עצמאי

תדירות תשלום	תאריך תחילת גבייה	סכום הפקדה
		₪

### פרטי בעל רישיון

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

### רשימת מסמכים מצורפים

- 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 - עבור עמית עצמאי בלבד
- צילום תעודת זהות

חתימת העמית\*: \_\_\_\_\_ תאריך חתימה\*: \_\_\_\_\_

חתימת בעל רישיון: \_\_\_\_\_ תאריך חתימה: \_\_\_\_\_

חתימת אפוטרופוס: \_\_\_\_\_ תאריך חתימה: \_\_\_\_\_



## טופס בקשת העברה לקופת גמל

(עמית עצמאי או עמית שכיר)

לכבוד גוף מנהל \_\_\_\_\_

שם הקופה המעבירה \_\_\_\_\_ (להלן "הקופה המעבירה")

מס' אישור מס הכנסה של הקופה המעבירה \_\_\_\_\_

### הנדון: בקשה להעברה לקופת גמל "בר"

(מספר אישור מס הכנסה 263)

א. פרטי העמית					
שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	פעילות העמית בקופה מעבירה <input type="checkbox"/> פעיל <input type="checkbox"/> לא פעיל	
כתובת	רחוב	בית	דירה	ת.ד.	יישוב
				מיקוד	

### ב. בקשת הקופה המקבלת

מצ"ב בקשתו של העמית הרשום לעיל להעברת כספים מחשבונו אצלכם, כמפורט להלן, אנו מתחייבים בזאת התחייבות בלתי חוזרת לקבל את כספי העמית. לכל מונח במסמך זה תהא המשמעות הנודעת לו בתקנות, אלא אם כן נקבע בו במפורש אחרת.

### ג. בקשת העברה

אני מבקש להעביר את:

מלוא הכספים (ברירת מחדל)

סכום של \_\_\_\_\_ ש"ח  שיעור של \_\_\_\_\_% מתוך הכספים שנצברו לזכותי בחשבון לפי העניין

סכום הכספים שהופקדו בחשבון עד ליום: \_\_\_\_\_

סכום הכספים שהופקדו בחשבון החל מיום: \_\_\_\_\_

שצברו לזכותי  בכל מרכיבי החשבון (ברירת מחדל)  במרכיב התגמולים  במרכיב הפיצויים

במסלול השקעה  כל מסלולי השקעה (ברירת מחדל)  ממסלול השקעה \_\_\_\_\_

<p>בחשבון מספר _____</p> <p>בקופת הגמל _____</p> <p>בהתאם לסוג קופות הגמל שהיו בחשבוני בקופה המעבירה</p>	<p>לחשבון מספר _____</p> <p>בקופת הגמל _____</p> <p>בר קרן גמולים _____ שהיא:</p> <p><input type="checkbox"/> קופת גמל לתגמולים שאינה קופת ביטוח <input type="checkbox"/> קופת גמל אישית לפיצויים שאינה קופת ביטוח</p> <p><input type="checkbox"/> קופת גמל לחיסכון _____</p>
--	---

**לידיעתך:** ברירת המחדל 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 בחשבונך 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 משלם 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 כדון 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.
  - לא התחלתי לקבל קצבת זקנה מהקופה המעבירה בגין הסכום להעברה.
  - לא הגשתי בקשה לקבלת קצבת נכות מקופת הגמל המעבירה שעודה תלויה ועומדת ולא אושרה זכאותי לקבלת קצבת נכות מהקופה המעבירה שטרם פקעה.

ידוע לי כי ככל שמתקיימים לגבי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו ועד למועד הגשת הבקשה ועד למועד שבו יופקדו בשלי לראשונה בכלל תמרי ממועד הגשת הבקשה ועד למועד שבו יופקדו בשלי לראשונה בכלל תמרי כספים, אלא אם כן אודיע לכלל פנסיה וגמל כי לא יופקדו בשלי כספים לקופה הנבחרת בכלל תמרי. 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 "כלל תמרי".

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

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.



**בחשבון 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 \_\_\_\_\_ חתימת האם \_\_\_\_\_ חתימת האפוטרופוס \_\_\_\_\_



## 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 (צורף 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	
<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 מטעמי, לפנות בשמי לגוף המוסדי<sup>2</sup> המפורט לעיל לשם קבלת מידע<sup>3</sup> אודות מוצרים פנסיוניים<sup>4</sup> ותכנית ביטוח<sup>5</sup> 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 מטעמי"** - 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 מעסיקי, 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 כהגדרתו בסעיף 31(ז)(2)
5. **"תכנית ביטוח"** - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.



## איך תדאגי לחיסכון שלך?

החיסכון בקופת הגמל הוא הבסיס לקצבה חודשית שתקבלי לאחר פרישה מעבודה

### 1 | חיסכון בקופת גמל

- הקצבה החודשית שלך בפרישה תיקבע בהתאם לסכום שמופקד לחיסכון בקופת הגמל, לרווח שישיג הכסף שלך, ובניכוי דמי ניהול ועלות הכיסוי הביטוחי.
- חיסכון לתקופה ארוכה יותר, דמי ניהול נמוכים יותר, ואי משיכת כספים לאורך תקופת החיסכון תבטיח לך קצבה חודשית גבוהה יותר.

#### שימי לב!

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

### 2 | מסלולי השקעה

- החיסכון שלך מושקע במסלול השקעה לבחירתך והוא נותן לך רווחים על החיסכון בקופה.
- אם לא בחרת במסלול השקעה, כספך יושקע במסלול ברירת המחדל, אבל אתה יכולה 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 בקופת גמל

- עבור ניהול כספי החיסכון שלך תשלם/תשלמי דמי ניהול לקופת הגמל.
- להלן דמי הניהול הממוצעים הנגבים מעמיתים בקופה בר ג.

דמי ניהול ממוצעים בקופה בשנת 2020	מסך החיסכון	מההפקדה החודשית
	0.25%	0.00%

#### שימי לב!

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

