



בקשה לשמירת כיסוי ביטוחי בקרן הפנסיה "כלל פנסיה משלימה" ("הקרן") באמצעות ניכוי מהיתרה הצבורה

א. פרטי העמית			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
רחוב	מספר בית	יישוב	תאריך לידה
מספר טלפון	דוא"ל	מיקוד	

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 נייד), 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 מוסר לכלל פנסיה וגמל בע"מ מידע אישי מרצוני ובהסכמתי. לרוב אין חובה חוקית למסור את המידע, אך בלעדיו לא ניתן יהיה לרכוש את המוצר או לקבל את השירות לגביו לא אמסור את המידע. גופים מוסדיים בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ ישתמשו במידע זה, במידע אחר שבידם ובמידע שיוגש אליהם, כבעלי שליטה, לצורך אספקת שירות, ניהול עסקים, עמידה בהוראות החוק, פיתוח עסקי (כולל שיווק ופרסום מותאם אישית), להגנה על זכויותיהם ולשימושים לגיטימיים אחרים. המידע יועבר גם לגורמים המספקים לקבוצה שירותים שונים, לסוכני ביטוח, ולגורמים אחרים לפי דין, למטרות כאמור לעיל. פירוט נוסף אודות מטרת השימוש, למי יימסר המידע, דרכי ההתקשרות עם הממונה על הגנת הפרטיות בקבוצה וזכותך לבקש לעיין במידע האישי אודותיך במאגרי המידע ולבקש לתקנו אם אינו נכון, נמצא במדיניות הפרטיות בכתובת www.clalbit.co.il (מדיניות הפרטיות - כלל ביטוח).

- הנני מבקש לשמור על הכיסוי הביטוחי לנכות ו/או שארים כעמית פעיל, בהתאם להגדרתו בתקנון הקרן באמצעות תשלום לרכישת הסדר ביטוח (להלן: "**ריסק זמני**"). ריסק זמני הינו תשלום חודשי, שינוכה מתוך יתרת הזכאות הצבורה שמקורה בתגמולים.
- התקופה המקסימאלית שבעדה ניתן לרכוש ריסק זמני כאמור לא תעלה על 24 חודשים רצופים (הכוללים את תקופת גביית חודשי הריסק האוטומטי), או על התקופה האחרונה בה היית עמית פעיל וששולמו עבורך דמי גמולים, הקצרה מבניהם בהתאם לקבוע בתקנון הקרן (להלן: "**התקופה המקסימאלית**"). יובהר כי התשלומים בתקופה זו לא יתווספו ליתרת הזכאות הצבורה ולא יובאו בחשבון לצורך חישוב פנסיות הזקנה. התשלום כאמור יקנה לך ולשארית כיסוי ביטוחי לפנסיות נכות ו/או שארים בגין נכות או פטירה שאירעו גם במהלך תקופת התשלום עבור הריסק הזמני.
- הריני מבקש לנכות מיתרת התגמולים באופן חודשי ריסק זמני לתקופה המקסימלית בהתאם לקבוע בתקנון הקרן. ידוע לי כי ניכוי הריסק הזמני מותנה ביתרה צבורה מספקת בקרן. במידה ולא תיוותר יתרה מספקת לגביית הריסק הזמני, תסתיים תקופת הביטוח בקרן הפנסיה על כל המשתמע מכך.
- במידה והפסקת העברת דמי הגמולים לקרן נובעת מסיום עבודה, יש להעביר למשרדי הקרן לכתובת: **כלל פנסיה וגמל בע"מ**, ראול ולנברג 36 קריית עתידים, ת.ד. 58250 תל-אביב מיקוד 6158102 את מסמכי העזיבה - הודעה על עזיבת עבודה וטופס 161 שמולא ע"י המעביד.

שים לב, יש לשלוח בקשה זו לקרן עד 5 חודשים או עד תקופת הפקדה הרציפה (לפי הנמוך מביניהם) ממועד הפסקת תשלום דמי הגמולים לקרן. הקרן לא תאפשר תשלום כאמור שבקשתו הוגשה לאחר מועד זה.

יובהר כי האחריות להעברת תשלומים לקרן לצורך רכישת ריסק זמני חלה עליך.

לידיעתך, אי העברת דמי גמולים לקרן במועדים הקבועים בתקנון הקרן, תגרור הפסקת הכיסוי הביטוחי בגין אירוע נכות או מוות, ובהתאמה תגרור שינוי והפיכתך לעמית לא פעיל בקרן הפנסיה כהגדרתו בתקנון, וזכאותך וזכאות שאריך תהא על פי הגדרת עמית לא פעיל בתקנון הקרן.

לפרטים נוספים ניתן ליצור קשר עם שירות לקוחות בטלפון *5454

*המכתב מנוסח בלשון זכר אך פונה לגברים ולנשים כאחד.

במידה ויש צורך בבירורים, ניתן לפנות:

לבעל הרשיון שמטפל בי. פרטי בעל הרשיון: שם _____ טלפון _____ דוא"ל _____

לפנות ישירות אלי בטלפון _____ דוא"ל _____

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 חיגוג 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 _____

תאריך _____ חתימת העמית/ה _____

כלל פנסיה וגמל בע"מ