

הנחיות להגשת בקשה להעברת כספים וקבלת קצבה מיידית

עמית יקר,

ברכות לבביות עם הגיעך לגיל פרישה ולרגל זכאותך לקבלת קצבת זקנה מקרן הפנסיה "כלל פנסיה"/"כלל פנסיה משלימה" (להלן: "הקרן") שבניהול כלל פנסיה וגמל בע"מ (להלן: "החברה"). בהוראות תקנוני קרנות הפנסיה המקיפה והמשלימה ניתן לקבל מידע אודות תנאי הזכאות לקבלת קצבת זקנה והאפשרויות העומדות בפניך. באפשרותך לבצע נידוד של כספים ממוצרים שונים לקרן ולקבל קצבה באופן מידי על כספים אלו בהליך קל ומהיר.

הנחיות לביצוע הליך של כספים לקרן הפנסיה וקבלת קצבה מיידית

תנאי זכאות לקבלת קצבת זקנה:

עמית זכאי לקבל קצבת זקנה החל מגיל הזכאות המינימאלי לקצבת זקנה או ממועד מאוחר יותר, בהתאם לבחירתו (גיל פרישה מוקדמת עומד על גיל 60).
 לידיעתך, בהתאם להוראות תקנון הקרן, בהגיע נכה לגיל תום תקופת הביטוח (גיל 60, 62, 64 או 67, בהתאם לבחירתו ולמסלול הביטוח שלו) יופסקו תשלום קצבת הנכות וזקיפת דמי הגמולים לחשבון העמית הנכה בקרן. העמית הנכה יהיה זכאי החל ממועד זה לקבלת קצבת זקנה בהתאם להוראות פרק קצבת זקנה.

מסמכים הדרושים לביצוע העברת כספים וקבלת קצבה מיידית מקרן הפנסיה

לצורך טיפול בבקשה, יש לשלוח את המסמכים הבאים:

- טופס בקשה להעברת כספים לקרן הפנסיה
 - בקשת הצטרפות (ככל ומדובר בהצטרפות לראשונה לקרן הפנסיה)
 - מסמך הנמקה (לעמית המטופל באמצעות בעל רישיון)
 - ייפוי כח (לעמית המטופל באמצעות סוכן)
 - טופס בקשה לקבלת קצבת זקנה כשהוא חתום ומלא על כל סעיפיו.
 - צילום ת.ז. כולל ספח המכיל סטטוס משפחתי עדכני של העמית.
 - צילום ת.ז. כולל ספח המכיל סטטוס עדכני של בן/בת זוג.
 - אישור על ניהול חשבון בנק/צילום צ'ק (חשבון הבנק צריך להיות על שם העמית ולהכיל ת.ז.).
 - טופס 101 מלא וחתום, יובהר כי במידה וקיימת הכנסה נוספת יש לבצע תיאום מס (ניתן להפיק תיאום מס באתר רשות המיסים או דרך פקיד שומה תיק ניכויים כלל פנסיה – 935947655)
 - במידה ולא חלפו 4 חודשים ממועד סיום העסקה – נדרש להמציא אישור ממעסיק נוכחי (ככל שקיים) המופנה לחברת כלל פנסיה וגמל בע"מ, לפיו המעסיק משחרר את כספי הפיצויים לטובת העמית*.
 - במידה וחלפו 4 חודשים ממועד סיום העסקה נדרש להמציא אישור סיום העסקה.
 - לצורך ביצוע היוון קצבת זקנה יש להמציא אישור מפקיד שומה.
- * לתשומת לבך, ככל שחלפו 4 חודשים ממועד סיום העבודה אצל המעסיק – לא נדרש אישור מעסיק על שחרור כספי פיצויים.**
- שים לב: רק לאחר סיום הטיפול בבקשה להעברת כספים, יחל הטיפול בבקשה לקבלת קצבת זקנה. הקרן תראה במועד סיום העברת הכספים כמועד בו התקבלה בקשה לקבלת קצבת זקנה.**

דרכי התקשרות ושליחת מסמכים

את המסמכים ניתן לשלוח באמצעות באחת מדרכי ההתקשרות הבאות:

דוא"ל NiyudNichPensia@clal-ins.co.il

משלוח באמצעות דואר לכתובתנו - רחוב ראול ולנברג 36, תל אביב מיקוד 6158102 ת.ד. 58250

טלפון לביורום: 5454*



הקופה המעבירה _____ (להלן, "הקופה המעבירה")
 הגוף המנהל של הקופה _____
 מספר אישור מס הכנסה _____



מספר סוכן	קוד פנימי 092
שם מפ"ע/סוכן	
<input type="checkbox"/> ללא סוכן	

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לגברים ונשים כאחד

בקשה להעברת כספים ל"כלל פנסיה" (נספח א')

עמית שכיר/עצמאי

מספר אישור מס הכנסה 1/170

מילוי הטופס יעשה רק לאחר שהתקבל אישור כלל פנסיה וגמל בע"מ ו/או כל חברה אחרת בקבוצת כלל (להלן: "כלל") כי ניתן לבצע העברה וכי המבקש עומד בכללי ההצטרפות לפי הנהלים והטפסים המקובלים בכלל. מילוי הטופס קודם קבלת האישור הנ"ל מאת כלל, לא יאפשר הצטרפות ומניין הימים לביצוע בקשת ההעברה לא יחל.

א. פרטי העמית / המבוטח וחשבונו בקופה המעבירה

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

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, 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 _____

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 שיגיע 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 מטרות השימוש, למי יימסר המידע, דרכי ההתקשרות עם הממונה על הגנת הפרטיות בקבוצה וזכותך לבקש לעיין במידע האישי אודותך במאגרי המידע ולבקש לתקנו אם אינו נכון, נמצא במדיניות הפרטיות בכתובת www.clalbit.co.il (מדיניות הפרטיות - כלל ביטוח).

ב. בקשת קופת הגמל המקבלת

להלן בקשתו של העמית הרשום לעיל להעברת כספים מחשבונו אצלכם, כמפורט להלן. בהמשך לבקשה, אנו מתחייבים בזאת בהתחייבות בלתי חוזרת לקבל את הכספים ולשאת באחריות הביטוחית לגביו בכפוף לאמור בטופס לעניין הכיסוי הביטוחי בקופת גמל מקבלת החל במועד הקובע*, כהגדרתו בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (העברת כספים בין קופות גמל), התשס"ח-2008 (להלן - המועד הקובע והתקנות, בהתאמה). בהעברה מקופת גמל שאינה קרן חדשה זכאית לקרן חדשה זכאית - הסכום המירבי שניתן להעביר לפי תקנה 2(ד) (1) בתקנות (להלן - הסכום המירבי), ועד כל שנת וותק בקופה המעבירה הוא ש"ח _____ לכל מונח במסמך זה תהא המשמעות הנובעת לו בתקנות, אלא אם כן נקבע בו במפורש אחרת.

ג. בקשת העברה

אני מצהיר כי קיבלתי את התנאים לעניין הכיסוי הביטוחי ב"כלל פנסיה" וכי הוסברו לי תנאים אלה, ככל שנקבעו תנאים כאמור.

לעמית הנתון לאפוטרופוס:

<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת העמית	<input checked="" type="checkbox"/>	תעודת זהות	<input checked="" type="checkbox"/>	שם האפוטרופוס	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת האפוטרופוס
-------------------------------------	-------------	-------------------------------------	------------	-------------------------------------	---------------	-------------------------------------	------------------

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 יום/החל מיום _____

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

במסלול ההשקעה כל מסלולי ההשקעה (ברירת מחדל) ממסלול השקעה _____

בחשבון מספר _____
 בקופת הגמל _____
 בהתאם לסוג קופות הגמל שהיו בחשבוני בקופה המעבירה

לחשבון מספר _____
 בקופת הגמל _____
 כלל פנסיה _____
 שהיא קרן פנסיה זכאית

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.



שם האפטרופוס _____

חתימת האפטרופוס _____

5. לגבי עמית פעיל שעובר לקרן חדשה בלבד -

אני מצהיר כי למיטב ידיעתי הקופה המעבירה לא קבעה לגבי תנאים או סייגים לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכוני מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכוני נכות;

אני מצהיר כי למיטב ידיעתי הקופה המעבירה קבעה לגבי תנאים או סייגים לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכוני מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכוני נכות;

ידוע לי כי ככל שנקבעו לגבי תנאים או סייגים לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכוני מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכוני נכות אחיוב בצבירת תקופת אכשרה מחדש בקרן המקבלת.

בהעברה מקופת גמל שאינה קרן חדשה זכאית לקרן חדשה זכאית במידה שיתרת הכספים המועברים לפי סעיף 2 לעיל עולים על הסכום המרבי, אני נותן בזה את הסכמתי לכך שהפרש שבין היתרה האמורה לבין הסכום המרבי יועבר ל"כלל פנסיה משלימה", מספר אישור מס הכנסה 1/667.

חתימת העמית _____
לעמית הנתון לאפטרופוס:

שם האפטרופוס _____

חתימת האפטרופוס _____

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

1. אני נותן בזה את הסכמתי לכך שתמסרו את כל הפרטים, הנתונים והמסמכים שיש לכם לגבי, ובכלל זה פירוט בדבר התנאים או הסייגים שנקבעו לגבי בקופה המעבירה לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכוני מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכוני נכות - ככל שנקבעו, ואשר נדרשים לפי הוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר לפי סעיף 23(ד) לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ה-2005, לכלל פנסיה וגמל בע"מ.

2. ידוע לי כי החל במועד הקובע** ואילך תהיו פטורים משלם לי כל תשלום שהוא, לרבות בשל חבות ביטוחית, הנובע מהכספים שהועברו לקופת הגמל המקבלת.

3. אני מצהיר, כי למיטב ידיעתי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו מתקיימים כל התנאים המפורטים להלן:

3.1 לא קיים צו עיקול על חשבוני בקופה המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל.

3.2 לא קיים שעבוד שנעשה כדין על חשבוני בקופה המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל.

3.3 לא קיימת בחשבוני בקופה המעבירה יתרת חוב בשל הלוואה שטרם נפרעה במלואה.

3.4 לא התחלתי לקבל קצבת זקנה בקופה המעבירה בגין הסכום להעברה.

3.5 לא הגשתי בקשה לקבלת קצבת נכות בקופה המעבירה שעודה תלויה ועומדת ולא אושרה זכאותי לקבלת קצבת נכות מקופת הגמל המעבירה שטרם פקעה.

ידוע לי כי ככל שמתקיימים לגבי במועד חתימתי על בקשת העברה זו ועד למועד ההעברה אחד מהתנאים האמורים, יבוטל אישור בקשת ההעברה ולא תבוצע העברת כספים לקופת הגמל המקבלת.

4. לגבי עמית 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 פנסיה כספים, אלא אם כן אודיע לכלל פנסיה וגמל כי לא יופקדו בשלי כספים בכלל פנסיה, כמו כן ידוע לי כי אם אודיע כאמור, איחשב לעניין המועד הקובע כעמית לא פעיל. אני מבקש כבר עכשיו להודיע כי לא יופקדו בשלי כספים לכלל פנסיה.

חתימת העמית _____
לעמית הנתון לאפטרופוס:

לידיעתך, בקשת העברה זו ניתנת לביטול, ובלבד שהכספים טרם הועברו. ביטול יעשה על-ידי חתימה על טופס הודעת ביטול והעברת לקופה המעבירה (הקופה ממנה מועברים הכספים). העברת הטופס אפשרית, בין היתר, בפקס, בדואר או בדוא"ל.

ולראיה, באתי על החתום, היום (תאריך): _____

לעמית הנתון לאפטרופוס:

חתימת העמית X _____ תעודת זהות _____ שם האפטרופוס _____ חתימת האפטרופוס XX _____

* **"עמית פעיל"**: עמית-עצמאי בקופת גמל משלמת לקצבה או בקופת ביטוח אף אם אינה קופת גמל משלמת לקצבה או עמית-שכיר, שמתקיים בו אחד מאלה:

(1) במועד קבלת הבקשה הוא בגדר "עמית פעיל" לפי תקנון הקופה המעבירה.

(2) יש לו כיסוי ביטוחי לסיכוני נכות או מוות בקופה המעבירה בחדש קבלת הבקשה; לעניין זה לא יבוא במניין ביטוח חיים קבוצתי שנוכח אגב ההצטרפות לקופה או אגב החברות בה, שדמי הביטוח בשלו מנוכים מהכספים שנצברו לזכות העמית בחשבוננו בקופה המעבירה.

(3) הופקדו בשלו כספים בקופה המעבירה בשל החודש שקדם לחודש קבלת הבקשה, ולגבי עמית שכיר - לרבות כספים שרואים אותם לעניין זכויותיו כלפי הקופה המעבירה כאילו הופקדו במועד לפי הוראות חוק הגנת השכר, התשי"ח - 1958.

"עמית לא פעיל" - עמית שאין מתקיים בו אף לא אחד מן התנאים המפורטים בהגדרת עמית פעיל.

** **"המועד הקובע"** -

(1) לגבי עמית פעיל - המועד שבו הופקדו לראשונה בשל העמית כספים בקופה המקבלת אך לא לפני מועד קבלת הבקשה, ולגבי עמית שהודיע לגוף המנהל של הקופה המקבלת כי לא יופקדו בשלו כספים בקופה המקבלת - המועד שבו הודיע כאמור.

(2) לגבי עמית לא פעיל - מועד קבלת הבקשה.



מספר סוכן	קוד פנימי 092
שם מפ"ע/סוכן	
<input type="checkbox"/> ללא סוכן	

לכבוד
 הקופה המעבירה _____ (להלן, "הקופה המעבירה")
 הגוף המנהל של הקופה _____
 מספר אישור מס הכנסה _____

בקשה להעברת כספים ל"כלל פנסיה משלימה" (נספח א')

עמית שכיר/עצמאי

מספר אישור מס הכנסה 766/1

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לגברים ונשים כאחד

מילוי הטופס יעשה רק לאחר שהתקבל אישור כלל פנסיה וגמל בע"מ ו/או כל חברה אחרת בקבוצת כלל (להלן: "כלל") כי ניתן לבצע העברה וכי המבקש עומד בכללי ההצטרפות לפי הנהלים והטפסים המקובלים בכלל. מילוי הטופס קודם קבלת האישור הנ"ל מאת כלל, לא יאפשר הצטרפות ומניין הימים לביצוע בקשת ההעברה לא יחל.

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

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, 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 פרטיי 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 איני רוצה לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות. איני מאשר.

תאריך _____ חתימה _____

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 שיגיע 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 מטרות 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).

ב. בקשת קופת הגמל המקבלת
 מצ"ב בקשתו של העמית הרשום לעיל להעברת כספים מחשבונו אצלכם, כמפורט להלן. בהמשך לבקשה, אנו מתחייבים בזאת בהתחייבות בלתי חוזרת לקבל את הכספים ולשאת באחריות הביטוחית לגביו בכפוף לאמור בטופס לעניין הכיסוי הביטוחי בקופת גמל מקבלת החל במועד הקובע**, כהגדרתו בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (העברת כספים בין קופות גמל), התשס"ח-2008 (להלן - המועד הקובע ו-התקנות, בהתאמה). לכל מונח במסמך זה תהא המשמעות הנודעת לו בתקנות, אלא אם כן נקבע בו במפורש אחרת.

ג. בקשת העברה
 אני מצהיר כי קיבלתי את התנאים לעניין הכיסוי הביטוחי ב"כלל פנסיה משלימה" וכי הוסברו לי תנאים אלה, ככל שנקבעו תנאים כאמור.

לעמית הנתון לאפטרופוס:

<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת העמית	שם האפטרופוס	תעודת זהות	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	חתימת האפטרופוס			

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 יום/החל מיום _____

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

במסלול ההשקעה כל מסלולי ההשקעה (ברירת מחדל) ממסלול השקעה _____

בחשבון מספר _____	לחשבון מספר _____
בקופת הגמל _____	כלל פנסיה משלימה _____
בהתאם לסוג קופות הגמל שהיו בחשבוני בקופה המעבירה	שהיא קרן חדשה שאינה זכאית _____

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.

כלל פנסיה וגמל בע"מ



שם האפטרופוס _____

חתימת האפטרופוס _____

5. לגבי עמית פעיל שעובר לקרן חדשה בלבד - אני מצהיר כי למיטב ידיעתי הקופה המעבירה לא קבעה לגבי תנאים או סייגים לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכוני מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכוני נכות; אני מצהיר כי למיטב ידיעתי הקופה המעבירה קבעה לגבי תנאים או סייגים לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכוני מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכוני נכות; ידוע לי כי ככל שנקבעו לגבי תנאים או סייגים לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכוני מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכוני נכות אחיוב בצבירת תקופת אכשרה מחדש בקרן המקבלת.

חתימת העמית _____
לעמית הנתון לאפטרופוס:

שם האפטרופוס _____

חתימת האפטרופוס _____

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

חתימת העמית _____
לעמית הנתון לאפטרופוס:

1. אני נותן בזה את הסכמתי לכך שתמסרו את כל הפרטים, הנתונים והמסמכים שיש לכם לגבי, ובכלל זה פירוט בדבר התנאים או הסייגים שנקבעו לגבי בקופה המעבירה לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכוני מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכוני נכות - ככל שנקבעו, במשרד האוצר לפי סעיף 23(ד) לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ה-2005, לכלל פנסיה וגמל בע"מ.

2. ידוע לי כי החל במועד הקובע** ואילך תהיו פטורים מלשלם לי כל תשלום שהוא, לרבות בשל חבות ביטוחית, הנובע מהכספים שהועברו לקופת הגמל המקבלת.

3. אני מצהיר, כי למיטב ידיעתי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו מתקיימים כל התנאים המפורטים להלן:

1.3 לא קיים צו עיקול על חשבוני בקופה המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל.

2.3 לא קיים שעבוד שנעשה כדין על חשבוני בקופה המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל.

3.3 לא קיימת בחשבוני בקופה המעבירה יתרת חוב בשל הלוואה שטרם נפרעה במלואה.

4.3 לא התחלתי לקבל קצבת זקנה בקופה המעבירה בגין הסכום להעברה.

5.3 לא הגשתי בקשה לקבלת קצבת נכות בקופה המעבירה שעודה תלויה ועומדת ולא אושרה זכאותי לקבלת קצבת נכות מקופת הגמל המעבירה שטרם פקעה.

ידוע לי כי ככל שמתקיימים לגבי במועד חתימתי על בקשת העברה זו ועד למועד ההעברה אחד מהתנאים האמורים, יבוטל אישור בקשת ההעברה ולא תבוצע העברת כספים לקופת הגמל המקבלת.

4. לגבי עמית 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 פנסיה משלימה כספים, אלא אם כן אודיע לכלל פנסיה וגמל כי לא יופקדו בשלי כספים בכלל פנסיה משלימה, כמו כן ידוע לי כי אם אודיע כאמור, איחשב לעניין המועד הקובע כעמית לא פעיל.

אני מבקש כבר עכשיו להודיע כי לא יופקדו בשלי כספים לכלל פנסיה משלימה.

חתימת העמית _____
לעמית הנתון לאפטרופוס:

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

ולראיה, באתי על החתום, היום (תאריך): _____

לעמית הנתון לאפטרופוס:

XX	X
חתימת האפטרופוס	חתימת העמית

* **"עמית פעיל":** עמית-עצמאי בקופת גמל משלמת לקצבה או בקופת ביטוח אף אם אינה קופת גמל משלמת לקצבה או עמית-שכיר, שמתקיים בו אחד מאלה:

(1) במועד קבלת הבקשה הוא בגדר "עמית פעיל" לפי תקנון הקופה המעבירה.

(2) יש לו כיסוי ביטוחי לסיכוני נכות או מוות בקופה המעבירה בחדש קבלת הבקשה; לעניין זה לא יבוא במניין ביטוח חיים קבוצתי שנרכש אגב ההצטרפות לקופה או אגב החברות בה, שדמי הביטוח בשלו מנוכים מהכספים שנצברו לזכות העמית בחשבוננו בקופה המעבירה.

(3) הופקדו בשלו כספים בקופה המעבירה בשל החודש שקדם לחודש קבלת הבקשה, ולגבי עמית שכיר - לרבות כספים שרואים אותם לעניין זכויותיו כלפי הקופה המעבירה כאילו הופקדו במועד לפי הוראות חוק הגנת השכר, התשי"ח - 1958.

"עמית לא פעיל" - עמית שאין מתקיים בו אף לא אחד מן התנאים המפורטים בהגדרת עמית פעיל.

**** המועד הקובע "** -

(1) לגבי עמית פעיל - המועד שבו הופקדו לראשונה בשל העמית כספים בקופה המקבלת אך לא לפני מועד קבלת הבקשה, ולגבי עמית שהודיע לגוף המנהל של הקופה המקבלת כי לא יופקדו בשלו כספים בקופה המקבלת - המועד שבו הודיע כאמור.

(2) לגבי עמית לא פעיל - מועד קבלת הבקשה.



טופס הצטרפות לקרן פנסיה

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת

שם החברה המנהלת*	שם קרן הפנסיה*	קוד קרן הפנסיה
כלל פנסיה וגמל בע"מ	כלל פנסיה	1/170

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

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 לגבי לא אמסור את המידע. גופים מוסדיים בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ ישתמשו במידע זה, במידע אחר שבידם ובמידע שגיע 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 מטרות 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).

פרטי בן/בת זוג

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות/דרכון	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה

פרטי ילדים עד גיל 21

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות/דרכון	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה



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

קוד מסמך 258

מסלול ביטוח בקרן

שם מסלול הביטוח	גיל תום תקופת ביטוח נשים וגברים
<input type="checkbox"/> מסלול 1 - מסלול ביטוח 75% לנכות ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) (להלן - מסלול ברירת המחדל).	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67
<input type="checkbox"/> מסלול 2 - 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 3 - 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 4 - 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 5 - 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 6 - 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 7 - מסלול ביטוח לפורשים עד גיל 60, 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 49 ומעלה).	60
<input type="checkbox"/> מסלול 8* - מסלול ביטוח עבור עמיתים שמניידים כספים במסלול זה שיעור הכיסוי לנכות ושאירים יהיה זהה לזה אשר קיים בקרן ממנה נידוד הכספים ובלבד שקיים עבורם כיסוי ביטוחי בשיעור של 85% לאלמן, כיסוי ביטוחי נמוך מ-37.5% לנכות ו/או שיעור כיסוי ביטוחי נמוך משיעור של 40% לשאירים.	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67

* ההצטרפות למסלול ביטוח זה תהא בכפוף להצגת אישורים כמפורט בתקנון.

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי הביטוח המפורטים בטבלה, תבוטח במסלול ביטוח ברירת מחדל לגיל 67.

רכישת כיסויים ביטוחיים נוספים

קצבת נכות מתפתחת

אני מבקש/ת לרכוש כיסוי ביטוחי לקצבת נכות מתפתחת.

קצבת נכות כפולה

אני מבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לקצבת נכות כפולה.

ידוע לי כי ויתור על כיסוי ביטוחי זה לא אהיה זכאי לתשלום קצבת נכות בשיעור כפול במהלך שני חודשי הקצבה הראשונים.

ידוע לי כי ברכישת כיסוי ביטוחי זה אהיה זכאי לקצבת נכות מוגדלת בשיעור של 2% שנתי.

שים לב! ככל שלא תבחר לוותר על כיסוי זה, תהיה מבוטח בכיסוי ביטוחי לקצבת נכות כפולה ויגבו ממך דמי ביטוח בגין כיסוי זה.

ויתור על כיסוי ביטוחי למקרה מוות (עמית שגילו עד 60) - יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח פתוח

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 וינכדו דמי ביטוח מחשובני, 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 לחדש כיסוי ביטוחי זה.

עמית אשר יבחר לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג או שאירים יהיה מבוטח בכיסוי ביטוחי לביטול תקופת אכשרה, **אלא אם יבקש לוותר על כיסוי זה באופן אקטיבי. יודגש כי כל עוד לא ביקש עמית כאמור, אשר ויתר על כיסוי ביטוחי לשאירים, לוותר גם על הכיסוי הביטוחי לביטול תקופת אכשרה, יגבו ממנו דמי ביטוח בגין כיסוי זה.**

שים לב! בן/בת זוג הוא מי שנשוי לעמית או מי שידוע בציבור כבן / בת זוג של העמית ומתגורר עמו.

ויתור על כיסוי לביטול תקופת אכשרה

אני מבקש/ת לוותר על כיסוי לביטול תקופת אכשרה במקרה של הגדלת הכיסוי הביטוחי לבן/בת זוג ושאירים.*

* הויתור יבוצע בהתאם לבחירת ביטול הכיסוי שסימנת בסעיפים מעלה.

לידיעתך, במידה ותבחר לוותר על הכיסוי הביטוחי לביטול תקופת אכשרה, תחול תקופת אכשרה של 5 שנים על הגדלת הכיסוי הביטוחי, בתום תקופת הויתור על כיסוי ביטוחי למקרה מוות.

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

אני בן/ת למעלה מ-60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לסיכוני נכות.

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



קוד מסמך 258

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

מסלול השקעה בקרן

סמן את מסלול ההשקעה המבוקש:

רכיב פיצויים

רכיב תגמולים

שם מסלול השקעה	קוד מסלול
מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחדל	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 50 ומטה	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 50 עד 60	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 60 ומעלה	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול אשראי ואג"ח	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול מניות	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול הלכה	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדד S&P 500	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול משולב סחיר	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדדים גמיש	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדדי מניות	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול כללי בחירה במסלול כללי מתאפשרת רק במידה והיית עמית במסלול זה ביום 31.12.2015	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול כספי (שקלי)	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול מניות סחיר	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול אג"ח סחיר	1/170 <input type="checkbox"/>

שם מסלול השקעה	קוד מסלול
מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחדל	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 50 ומטה	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 50 עד 60	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 60 ומעלה	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול אשראי ואג"ח	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול מניות	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול הלכה	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדד S&P 500	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול משולב סחיר	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדדים גמיש	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדדי מניות	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול כללי בחירה במסלול כללי מתאפשרת רק במידה והיית עמית במסלול זה ביום 31.12.2015	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול כספי (שקלי)	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול מניות סחיר	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול אג"ח סחיר	1/170 <input type="checkbox"/>

לעמית הבוחר במסלול כספי (שקלי) בלבד: סמן בחירתך (חובה) תקופת הבחירה במסלול (בחודשים): 24 12 6 מסלול השקעה למעבר בתום תקופת הבחירה:

לעמית הבוחר במסלול כספי (שקלי) בלבד: סמן בחירתך (חובה) תקופת הבחירה במסלול (בחודשים): 24 12 6 מסלול השקעה למעבר בתום תקופת הבחירה:

שם מסלול השקעה	קוד מסלול
מסלול לבני 50 ומטה	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 50 עד 60	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 60 ומעלה	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול אשראי ואג"ח	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול מניות	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול הלכה	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדד S&P 500	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול משולב סחיר	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדדים גמיש	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדדי מניות	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול כללי בחירה במסלול כללי מתאפשרת רק במידה והיית עמית במסלול זה ביום 31.12.2015	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול מניות סחיר	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול אג"ח סחיר	1/170 <input type="checkbox"/>

שם מסלול השקעה	קוד מסלול
מסלול לבני 50 ומטה	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 50 עד 60	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 60 ומעלה	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול אשראי ואג"ח	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול מניות	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול הלכה	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדד S&P 500	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול משולב סחיר	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדדים גמיש	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדדי מניות	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול כללי בחירה במסלול כללי מתאפשרת רק במידה והיית עמית במסלול זה ביום 31.12.2015	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול מניות סחיר	1/170 <input type="checkbox"/>
מסלול אג"ח סחיר	1/170 <input type="checkbox"/>

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספך במסלול ברירת המחדל. 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.

דמי ניהול בקרן הפנסיה

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.clalbit.co.il

עמית עצמאי

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

16% (ברירת מחדל)

אחר (יש לציין את השיעור) _____

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

כלל פנסיה וגמל בע"מ



פרטי תשלום של עמית עצמאי

תדירות תשלום	תאריך תחילת גבייה	סכום הפקדה
		₪

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:

- אני עמית פעיל בקרן פנסיה וותיקה.
 אני מבוטח פעיל בקופת ביטוח (ביטוח מנהלים).

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 הפנסיה 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 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 חיג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע בכל עת כי איני רוצה לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

אני מאשר.

תאריך _____ חתימה _____

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

פרטי בעל רישיון

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

רשימת מסמכים מצורפים

- הצהרת בריאות (בכפוף לשיקול הדעת של החברה המנהלת)
 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)
 תעודת זהות בצירוף ספח פתוח(חובה במקרה של וויתור על כיסוי ביטוחי)
 טופס הצהרת עמית עצמאי לפי צו הלבנת הון (ככל שנדרש)
 בקשה לסיווג התשלומים כתשלומים פטורים (רשות)

חתימת העמית*: _____ תאריך חתימה*: _____

חתימת בעל רישיון: _____ תאריך חתימה: _____

חתימת אפוטרופוס: _____ תאריך חתימה: _____



1. פרטים כלליים						
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ

2. שאלון מבוא כללי והרחבת שאלון עישון			
שאלון	כן	לא	א
1.			האם הנך מעשן בין 21-40 סיגריות ליום?
2.			האם הנך מעשן מעל 40 סיגריות ביום?
3.			האם עברת או הומלץ לך לעבור גמילה מאלכוהול?
4.			האם צורך / צרכת סמים כעת או בעבר?
5.			האם, ככל שידוע לך, קיימת מחלה ו/או הפרעה אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה, הקשורים ללב, סרטן, כלי דם, כליות, סוכרת, מערכת העצבים, הפרעה תורשתית, אם כן נא פרט בשאלון.

3. האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחת או יותר מהמחלות/הפרעות/מומים או בצוע הליך רפואי כלהלן? (על כל תשובה חיובית יש למלא, גם את השאלון המתאים)			
שאלון	כן	לא	א
1.			במערכת העצבים והמוח - לרבות אפילפסיה, כאבי ראש חריפים, מיגרנה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורת, התעלפויות, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיגור, אוטיזם, פוליו, הפרעות קשב וריכוז, הפרעה ו/או עיכוב התפתחותי
2.			בנפש - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח (ציקלותמיה) סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית (PTSD)
3.			בדרכי הנשימה, ריאות - לרבות אסטמה, מחלת ריאות חסימתית (COPD), דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.
4.			בעור - פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור
5.			בלחץ דם מערכת הלב וכלי הדם - לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב ו/או הולכה, אישה, הפרעה במסתמים, מום, צינתור, טרומבוזה, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית (PVD)
6.			במערכת העיכול - לרבות החזר ושטי, קרוהן, קולטיס, פרוקטיטיס, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס, ניתוח לקיצור קיבה
7.			בקע/הרניה - לרבות מפשעת, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או בצלקת ניתוחית
8.			בכבד, במרה, בבלבב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בכיס ו/או דרכי מרה, דלקת בלבב (פנקריאטיטיס)
9.			בכליות בדרכי השתן וערמונית - לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, אי ספיקה, כליה פוליציסטית, ערמונית מוגדלת
10.			מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון (גאוסט), FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינמה, הפרעות גדילה, הזעת יתר
11.			בדם, בטחול, במערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון
12.			מחלות זיהומיות, מחלות מין - לרבות איידס (גם נשאות), שחפת
13.			מחלות ממאירות, גידולים ממאירים - לרבות גידול סרטני ו/או טרום סרטני
14.			במערכת השלד והשרירים - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן (אוסטאופורוזיס/אוסטאופניה), פרטס.
15.			במערכת הראיה - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מס' 7, אובאיטיס, קרטוקונוס
16.			באף, אוזן, גרון - פגיעה בשמיעה, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול, אילמות
17.			במערכת המין והרבייה - לרבות גוש בשד, הגדלת שדיים, דימומים בלא קשר למחזור, כעת בהריון, ניתוח קיסרי, רחם שרירני, צניחת רחם ו/או נרתיק, בעיות פרוין (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיר, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.
18.			מחלות ראוטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית (אוסטוארטרוזיס), דלקת מפרקים שיגרנית (ראומטיד ארטריטיס), לופוס (זאבת), פיברומיאלגיה

4. שאלות נוספות			
שאלון	כן	לא	א
1.			האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע? נא פרט את שם התרופה _____ ואת הסיבה _____
2.			האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? אם כן, נא פרט: _____
3.			האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה ו/או בדיקות מעבדה עם ממצאים חריגים?
4.			האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות?
5.			האם הומלץ על אשפוז סיעודי ו/או ניתן לך טיפול סיעודי בבית ו/או במוסד, מקבל ו/או קיבלת גמלת סיעוד, משתמש בעזרי ניידות כדי ללכת, שימוש בקטטר לשתן/מעיים/קיבה או אחר, אי שליטה על סוגרים, נפילות חוזרות, מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות, להתרחץ, להתגלח, להתלבש, להתפשט, לקום, לשכב.



ויתור על סודיות רפואית

או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. וכן הנני מייפה את "המבקש" לאסוף מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

אני הח"מ נותן בזה רשות לכל קופות החולים ו/או לכל גוף אחר או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, וכן לחברות הביטוח למסור לידי כלל פנסיה (להלן "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שהנני חולה בה כיום, ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/

שם העמית _____ ת. זהות _____ תאריך _____ חתימה X _____

לקבלת מידע שוטף על חשבונך, ניתן להרשם בכתובת: www.clalbit.co.il



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 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 לדיון. העברת מידע אודותיי, 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.
<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 (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 קרן פנסיה.

3 "מידע אודות המוצר" - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוח, 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(ז2) 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/י לפנסיה שלך?

קרן הפנסיה שלך תעניק לך קצבה חודשית לאחר פרישה מעבודה, וכיסוי ביטוחי למקרה שלא תוכל להמשיך לעבוד או למקרה מוות.

1 | ביטוח בקרן הפנסיה

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

- ביטוח למקרה נכות** – אם לא תוכל/י להמשיך לעבוד כתוצאה ממצב רפואי מתמשך, תוכל/י לקבל מקרן הפנסיה קצבה חודשית לתקופת הנכות.
- ביטוח למקרה מוות** – אם תלך/י לעולמך חס וחלילה, בן/בת הזוג שלך יקבל קצבה חודשית מהקרן לכל ימי חייו/ה וילדיך יקבלו קצבה חודשית עד גיל 21.

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

שים/י לב!

- באפשרותך לשמור על הכיסוי הביטוחי מקרנות קודמות שצברת לאורך תקופת החיסכון ולהזיל את עלויות הביטוח באמצעות העברת הכספים לקרן החדשה שלך.
- הפסקת הפקדות לקרן מבטלת את הכיסוי הביטוחי ולא תוכל/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 בקרן פנסיה

- הקצבה החודשית של הפנסיה תיקבע בהתאם לסכום שמופקד מדי חודש, הרווח ששיג 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 בקרן הפנסיה.

שים/י לב!

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

3 | דמי ניהול בקרן פנסיה

- עבור ניהול כספי החיסכון שלך תשלם דמי ניהול לקרן הפנסיה.
- להלן דמי הניהול המוצעים הנגבים מעמיתים בקרן **כלל פנסיה**.

דמי ניהול ממוצעים בקרן בשנת 2025

מההפקדה החודשית	מסך החיסכון
1.54%	0.15%

שים/י לב!

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



קוד מסמך 258

טופס הצטרפות לקרן פנסיה

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת

שם החברה המנהלת*	שם קרן הפנסיה*	קוד קרן הפנסיה
כלל פנסיה וגמל בע"מ	כלל פנסיה משלימה	1/667

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 בן/בת זוג

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות/דרכון	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה

פרטי ילדים עד גיל 21

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות/דרכון	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה

פרטי מעסיק

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



קוד מסמך 258

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

מסלול ביטוח בקרן

שם מסלול הביטוח	גיל תום תקופת ביטוח נשים וגברים
<input type="checkbox"/> מסלול 1 - מסלול ביטוח 75% לנכות ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה)	<input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60
<input type="checkbox"/> מסלול 2 - מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 47 ומעלה).	<input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60
<input type="checkbox"/> מסלול 3 - מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה).	<input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60
<input type="checkbox"/> מסלול 4 - מסלול ביטוח 75% לנכות ו-40% לשאירים.	<input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60
<input type="checkbox"/> מסלול 5 - מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 45 ומעלה).	<input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60
<input type="checkbox"/> מסלול 6 - מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו-40% לשאירים.	<input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60
<input type="checkbox"/> מסלול 7 - מסלול ביטוח לפורשים עד גיל 60, 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 49 ומעלה).	60
<input type="checkbox"/> מסלול 8 - מסלול ביטוח 100% שאירים וללא כיסוי לנכות (מסלול שאירים בלבד) - מסלול המקנה כיסוי לפנסיות שאירים בשיעור מירבי של 100%, ללא כיסוי ביטוחי לנכות.	<input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60
<input type="checkbox"/> מסלול 9 - מסלול ביטוח 75% נכות וללא כיסוי ביטוחי לשאירים (מסלול נכות בלבד) מסלול המקנה כיסוי לפנסיות נכות ברבית בלבד, ללא כיסוי ביטוחי לשאירים.	<input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60
<input type="checkbox"/> מסלול 10 - מסלול יסוד (מסלול זקנה בלבד) (להלן: " מסלול ברירת מחדל ") - מסלול ללא כיסויים ביטוחיים המקנה לעמית זכות לפנסיות זקנה בלבד, והמקנה לשאיריו זכות לפנסיות שאירי עמית כעמית לא מבוטח. מסלול זה הינו מסלול ברירת מחדל.	<input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60
<input type="checkbox"/> מסלול 11 - מסלול ביטוח עבור עמיתים שמניידים כספיהם* - במסלול זה שיעור הכיסוי לנכות ושאירים יהיה זהה לזה אשר קיים בקרן ממנה ניוודו הכספיהם ובלבד שקיים עבורם כיסוי ביטוחי בשיעור של 85% לאלמן, כיסוי ביטוחי נמוך מ-37.5% לנכות ו/או שיעור כיסוי ביטוחי נמוך משיעור של 40% לשאירים.	<input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60

* ההצטרפות למסלול ביטוח זה תהא בכפוף להצגת אישורים כמפורט בתקנון.

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי הביטוח המפורטים בטבלה, תצורף למסלול יסוד (מסלול זקנה בלבד) בלבד.

רכישת כיסויים ביטוחיים נוספים

קצבת נכות מתפתחת

אני מבקש/ת לרכוש כיסוי ביטוחי לקצבת נכות מתפתחת.

קצבת נכות כפולה

אני מבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לקצבת נכות כפולה.

שים לב! ככל שלא תבחר לוותר על כיסוי זה, תהיה מבוטח בכיסוי ביטוחי לקצבת נכות כפולה ויגבו ממך דמי ביטוח בגין כיסוי זה.

יותר על כיסוי ביטוחי למקרה מוות (עמית שגילו עד 60) - יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח פתוח

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 וינוכד דמי ביטוח מחשובני, 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 לחדש כיסוי ביטוחי זה.

עמית אשר יבחר לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג או שאירים יהיה מבוטח בכיסוי ביטוחי לביטול תקופת אכשרה, **אלא אם יבקש לוותר על כיסוי זה באופן אקטיבי. יודגש כי כל עוד לא ביקש עמית כאמור, אשר יתיר על כיסוי ביטוחי לשאירים, לוותר גם על הכיסוי הביטוחי לביטול תקופת אכשרה, יגבו ממנו דמי ביטוח בגין כיסוי זה.**

שים לב! בן/בת זוג הוא מי שנשוי לעמית או מי שידוע בציבור כבן / בת זוג של העמית ומתגורר עמו.

יותר על כיסוי לביטול תקופת אכשרה

אני מבקש/ת לוותר על כיסוי לביטול תקופת אכשרה במקרה של הגדלת הכיסוי הביטוחי לבן/בת זוג ושאירים.*

* הויתור יבוצע בהתאם לבחירת ביטול הכיסוי שסימנת בסעיפים מעלה.

לידיעתך, במידה ותבחר לוותר על הכיסוי הביטוחי לביטול תקופת אכשרה, תחול תקופת אכשרה של 5 שנים על הגדלת הכיסוי הביטוחי, בתום תקופת הויתור על כיסוי ביטוחי למקרה מוות.



קוד מסמך 258

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

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

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

מסלול השקעה בקרן

סמן את מסלול ההשקעה המבוקש:

רכיב פיזיים

שם מסלול השקעה	קוד מסלול
מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחדל	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 50 ומטה	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 50 עד 60	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 60 ומעלה	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול מניית	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול משולב סחיר	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדדים גמיש	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדד S&P500	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדדי מניית	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול כללי - בחירה במסלול כללי מתאפשרת רק במידה והיית עמית במסלול זה ביום 31.12.2015	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול כספי (שקלי)	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול מניית סחיר	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול אג"ח סחיר	1/667 <input type="checkbox"/>

רכיב תגמולים

שם מסלול השקעה	קוד מסלול
מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחדל	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 50 ומטה	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 50 עד 60	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 60 ומעלה	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול מניית	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול משולב סחיר	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדדים גמיש	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדד S&P500	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדדי מניית	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול כללי - בחירה במסלול כללי מתאפשרת רק במידה והיית עמית במסלול זה ביום 31.12.2015	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול כספי (שקלי)	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול מניית סחיר	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול אג"ח סחיר	1/667 <input type="checkbox"/>

לעמית הבוחר במסלול כספי (שקלי) בלבד:

סמן את בחירתך: (חובה)
 תקופת הבחירה במסלול (בחודשים): 24 12 6
 מסלול השקעה למעבר בתום תקופת הבחירה:

שם מסלול השקעה	קוד מסלול
מסלול לבני 50 ומטה	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 50 עד 60	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 60 ומעלה	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול מניית	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול משולב סחיר	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדדים גמיש	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדד S&P500	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדדי מניית	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול כללי - בחירה במסלול כללי מתאפשרת רק במידה והיית עמית במסלול זה ביום 31.12.2015	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול מניית סחיר	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול אג"ח סחיר	1/667 <input type="checkbox"/>

לעמית הבוחר במסלול כספי (שקלי) בלבד:

סמן את בחירתך: (חובה)
 תקופת הבחירה במסלול (בחודשים): 24 12 6
 מסלול השקעה למעבר בתום תקופת הבחירה:

שם מסלול השקעה	קוד מסלול
מסלול לבני 50 ומטה	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 50 עד 60	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול לבני 60 ומעלה	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול מניית	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול משולב סחיר	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדדים גמיש	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדד S&P500	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדדי מניית	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול כללי - בחירה במסלול כללי מתאפשרת רק במידה והיית עמית במסלול זה ביום 31.12.2015	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול מניית סחיר	1/667 <input type="checkbox"/>
מסלול אג"ח סחיר	1/667 <input type="checkbox"/>

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

דמי ניהול בקרן הפנסיה

שיעור דמי ניהול מצבירה (שנתי)	שיעור דמי ניהול מהפקדה (חודשי)
%	%

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.clalbit.co.il



קוד מסמך 258

עמית עצמאי

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

16% (ברירת מחדל)

אחר (יש לציין את השיעור) _____

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

פרטי תשלום של עמית עצמאי

תדירות תשלום	תאריך תחילת גבייה	סכום הפקדה
		₪

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:

אני עמית פעיל בקרן פנסיה וותיקה.

אני מבוטח פעיל בקופת ביטוח (ביטוח מנהלים).

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 הפנסיה 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 הפנסיה, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קופת הגמל: www.clalbit.co.il

פרטי בעל רישיון

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

רשימת מסמכים מצורפים

הצהרת בריאות (בכפוף לשיקול הדעת של החברה המנהלת)

ייפוי כח - בהתאם להוראות הממונה

מסמך הנמקה - בהתאם להוראות הממונה

טופס הוראה לחיוב חשבון - עצמאי (רשות)

הוראה להפקדה חד פעמית - עצמאי (רשות)

כתב מינוי אפטרופוס - (חובה ככל שאפטרופוס מעורב בתהליך)

טופס בקשה להעברת כספים - בהתאם להוראות הממונה (רשות)

תעודת זהות בצירוף ספח פתוח(חובה במקרה של וויתור על כיסוי ביטוחי)

טופס הצהרת עמית עצמאי לפי צו הלבנת הון (ככל שנדרש)

בקשה לסינוג התשלומים כתשלומים פטורים (רשות)

חתימת העמית*: _____ תאריך חתימה*: _____

חתימת בעל רישיון: _____ תאריך חתימה: _____

חתימת אפטרופוס: _____ תאריך חתימה: _____



ויתור על סודיות רפואית

או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. וכן הנני מייפה את "המבקש" לאסוף מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

אני הח"מ נותן בזה רשות לכל קופות החולים ו/או לכל גוף אחר או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, וכן לחברות הביטוח למסור לידי כלל פנסיה (להלן "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שהנני חולה בה כיום, ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/

שם העמית _____ ת. זהות _____ תאריך _____ חתימה X _____

לקבלת מידע שוטף על חשבונך, ניתן להרשם בכתובת: www.clalbit.co.il

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	
<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 יעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשותי להצטרפות למוצר או העברת בקשותי 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"/>

* 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.**

- 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.
- 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 (יעוץ, 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, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שגר, הפקדות ויתרות 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 כהגדרתו 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.





איך תדאגי/ לפנסיה שלך?

קרן הפנסיה שלך תעניק לך קצבה חודשית לאחר פרישה מעבודה, וכיסוי ביטוחי למקרה שלא תוכל להמשיך לעבוד או למקרה מוות.

1 | ביטוח בקרן הפנסיה

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

- **ביטוח למקרה נכות** – אם לא תוכל/י להמשיך לעבוד כתוצאה ממצב רפואי מתמשך, תוכל/י לקבל מקרן הפנסיה קצבה חודשית לתקופת הנכות.
- **ביטוח למקרה מוות** – אם תלך/י לעולמך חס וחלילה, בן/בת הזוג שלך יקבל קצבה חודשית מהקרן לכל ימי חייו/ה וילדיך יקבלו קצבה חודשית עד גיל 21.
- תוכל/י לבחור מסלול ביטוח בקרן המתאים לצרכיך בכל עת באמצעות שליחת בקשה בעניין לקרן.
- אם אין לך בן/בת זוג וילדים, באפשרותך לוותר על כיסוי ביטוחי למקרה מוות. שים/י לב, עליך לחזור וליידיע את הקרן כל שנתיים שלא חל שינוי במצבך, כדי שלא יגבו ממך את עלות הביטוח מחדש.
- בחמש השנים הראשונות בקרן פנסיה לא תקבלי/י פיצוי אם מקרה הביטוח נובע ממחלה שהייתה לך לפני שהצטרפת לקרן פנסיה.

שים/י לב!

- באפשרותך לשמור על הכיסוי הביטוחי מקרנות קודמות שצברת לאורך תקופת החיסכון ולהוזיל את עלויות הביטוח באמצעות העברת הכספים לקרן החדשה שלך.
- הפסקת הפקדות לקרן מבטלת את הכיסוי הביטוחי ולא תוכל/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 בקרן פנסיה

- הקצבה החודשית של הפנסיה תיקבע בהתאם לסכום שמופקד 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 בקרן הפנסיה.

שים/י לב!

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

3 | דמי ניהול בקרן פנסיה

- עבור ניהול כספי החיסכון שלך תשלם דמי ניהול לקרן הפנסיה.
- להלן דמי הניהול המוצעים הנגבים מעמיתים בקרן **כלל פנסיה**.

דמי ניהול ממוצעים בקרן בשנת 2025	
מסך החיסכון	מההפקדה החודשית
0.23%	0.98%

שים/י לב!

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



קוד מסמך: 3152

לכבוד כלל פנסיה וגמל בע"מ

בקשה לתשלום קצבת זקנה לאחר העברת כספים

"כלל פנסיה" - קרן מקיפה "כלל פנסיה משלימה" - קרן כללית משלימה

* מדיניות ההשקעות הצפויה במסלול ההשקעה למקבלי קצבה בקרן הפנסיה, וטופס הנחיות לעמית פורש לזקנה (טופס 501), מפורסמים באתר האינטרנט של החברה שכתובתו: www.clalbit.co.il

* בהתאם להוראות הדין, באפשרותך להעביר את הכספים הצבורים לזכותך בקרן לכל קרן פנסיה אחרת, בטרם הגשת הבקשה לקבלת קצבת הזקנה. נבקש להביא לידיעתך, כי במידה שתבחר לשהות מחוץ לישראל במשך תקופה העולה על שישה חודשים, עליך ליידע את כלל פנסיה וגמל בדבר יציאתך מחוץ לישראל וכן להמציא מסמך "אישור חיים" לצורך המשך קבלת קצבה חודשית. נבקש לציין את פרטייך האישיים לצורך יצירת קשר עמך בתקופת שהותך בחו"ל.

נא למלא את כל השדות בטופס. הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד.

א. פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/>	מס' טלפון	מס' נייד
רחוב	מס' או ת.ד.	יישוב	מיקוד
כתובת דואר אלקטרוני			

אופן קבלת תלוש הקצבה (אנא סמן/י את האפשרות המועדפת עליך):

אני החתום/ה מטה נותן/ת בזאת את הסכמתי לקבלת תלושי הפנסיה באתר החברה שכתובתו www.clalbit.co.il. הסכמה זו מהווה וויתור על קבלת תלוש הפנסיה באמצעות דואר ישראל ותקפה כל עוד לא הודעתי בכתב על חזרתי בי מן ההסכמה. ידוע לי כי אוכל לקבל גישה לתלוש מודפס באמצעות פניה לשירות הלקוחות.

אני החתום/ה מטה לא מסכים/ה לקבל את תלושי הפנסיה באתר החברה, ומבקש לקבל את תלושי הפנסיה בדואר ישראל.

אני מודע לכך שככל שלא אבחר באחת מהאפשרויות לעיל, יהווה הדבר הסכמה למשלוח תלושי הקצבה בהתאם לאפשרות הראשונה על כל האמור בה. חתימה: _____

שים לב! ככל שלא תבחר באפשרות קבלת תלוש הקצבה או תאשר את ברירת המחדל, יישלח אליך תלוש הקצבה בהתאם לאופן בו ביקשת לקבל דברי דואר מאת החברה

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 שיגיע 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 מטרות 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).

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 טלפון נייד) דואר רגיל לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון טלפון 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 פרטייך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון *5454.

אני מאשר כי כלל תפנה אליי מעת לעת בהצעות למוצרים ושירותים שונים. ההצעות יישלחו בין השאר בדואר אלקטרוני, במסרונים ובוואטסאפ, ובדיוור ישיר בכל אמצעי התקשורת. אפשר להודיע לחברה בכל עת על העדפה לא לקבל פרסומות בדוא"ל, במסרונים ובוואטסאפ ולא לקבל דיוור ישיר, בטלפון (תא קולי 03-7111192). כלל תוכל לשלוח לכם הודעות שהדין מחייב או מתיר לשלוח גם ללא הסכמה.

תאריך _____ חתימה _____

ב. כספים שיש להמיר לקצבת זקנה

סמן את הקרנות והרכיבים בגינם הינך מבקש לקבל קצבת זקנה (שים לב בהעדר סימון תחול הבקשה באופן זהה על שתי הקרנות ועל מלוא רכיב התגמולים והפיצויים)

כלל מקיפה תגמולים פיצויים רכיב פיצויים למעט מעסיק _____
 כלל משלימה תגמולים פיצויים רכיב פיצויים למעט מעסיק _____

ג. מועד פרישה בקרן (זכאות לקבלת קצבת זקנה)

* ניתן להגיש את הבקשה עם הגיעך לגיל זכאות לקבלת קצבת זקנה.

מועד הזכאות הראשון לקבלת קצבת זקנה יהיה המאוחר מבין אלה:

- ה-1 לחודש שציננת בבקשה לקבלת קצבת זקנה (ובלבד שמועד זה חל לאחר אישור הבקשה על ידי החברה המנהלת).
- ה-1 לחודש העוקב למועד אישור הזכאות לקבלת קצבת זקנה.

לידיעתך, ככל שלא יצוין בבקשה מועד פרישה מבוקש, מועד הזכאות הראשון לקבלת קצבת זקנה יהיה ב-1 לחודש העוקב, למועד אישור הזכאות לקבלת קצבת זקנה ע"י החברה המנהלת.

החברה המנהלת תאשר את בקשתך לקבלת קצבת זקנה עד 10 ימים ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים בחברתנו כשהם מלאים ותקינים.

שנה	חודש	יום
20__	_____	01

כלל פנסיה וגמל בע"מ



קוד מסמך: 3152

ג. בקשה לתשלום קצבת זקנה לתקופה נוספת

הריני מבקש שתשולם לי קצבת זקנה מוגדלת באופן חד פעמי לחודשים שקדמו למועד הגשת בקשתי זו: אנא סמן את מספר חודשי הקצבה בגינם תרצה לקבל קצבה מוגדלת:

1 חודש 2 חודשים 3 חודשים

לתשומת ליבך, ניתן לבקש תקופה נוספת לתשלום קצבה מהקרן בתנאי שגילך בחודש הראשון עבור תשלום הקצבה, גבוה מגיל הזכאות המינימאלי לקבלת קצבת זקנה (גיל 60).

לידיעתך, בחירה בקבלת תשלום קצבת זקנה מוגדלת באופן חד פעמי כאמור, משמעותה הקטנת סכום קצבת הזקנה החודשית שתקבל, והכל בהתאם להוראות תקנון הקרן.

ג2. קבלת הפקדות נוספות לאחר מועד הזכאות לקצבת זקנה (בקרן פנסיה מקיפה ומשלימה):**לתשומת לבך!**

במידה ולאחר מועד הזכאות לקבלת קצבת זקנה (כמוגדר בתקנון קרן הפנסיה), תתקבלנה בגינך הפקדות עבור התקופה שקדמה למועד הזכאות כאמור ("הפקדות הנוספות"), שישוכו ויתווספו ההפקדות האמורות לקצבת הזקנה המשולמת לך.

במידה וההפקדות הנוספות תתקבלנה בגין התקופה שלאחר מועד הזכאות לקבלת קצבת זקנה, ינוהלו ההפקדות האמורות כיתרה צבורה לעמית, ולא יתווספו לקצבת הזקנה המשולמת לך.

באפשרותך לשנות את האמור לעיל באמצעות פנייה בכתב לחברה המנהלת.

שאינם הם בן זוג (נשוי/ידוע בציבור) וילדים עד גיל 21 בהתאם להגדרות תקנון.

ד. בחירת תוכנית קצבת זקנה

נא סמן את בחירתך ומלא את כל הפרטים הרלוונטיים (לצורך בחירת התוכנית המתאימה לך ביותר מומלץ להתייעץ עם בעל רישיון).

קצבת זקנה בהיעדר שאירים (אופציה זו ניתנת לבחירה לעמיתים ללא בן/בת זוג בלבד).

ככל שסומן סעיף זה יש למלא את ההצהרה שלהלן:

אני החתום/ה מטה: שם פרטי ומשפחה _____ ת.ז. _____ מצהיר בזאת כדלקמן:

1. הנני מאשר/ת בזאת את בחירתי במסלול קצבה מוגדלת/מבוטחת, תוך ויתור על קצבת שאירים.

2. אינני נשוי/נשואה, אין לי ידוע/ה בציבור.

3. ידוע לי כי בחירתי במסלול קצבת הזקנה כאמור בסעיף ד', אינה מקנה לשארי קצבת שאירים.

בן זוג נשוי.

בן זוג ידוע בציבור (מי שהוכר כידוע בציבור לפי החלטת ערכאה שיפוטית מוסמכת או לפי החלטת החברה המנהלת בכפוף לכך שהמוסד לביטוח לאומי הכיר בו כידוע בציבור).

שיעור קצבה לבן/בת זוג (יכול להיות בין 30% - 100%)	שם מלא בן/בת זוג	ת.ז.	תאריך לידה
_____%			

ה. פרטי ילדים עד גיל 21 (בהתאם להוראות תקנון הקרן)

מס.	שם פרטי ומשפחה	מס' תעודת זהות	תאריך לידה	מין	שיעור קצבת שאירים בין 0% - 100%
1				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	
2				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	
3				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	
4				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	

לשימת ליבך, סך אחוזי הקצבת לכלל השאירים (בן/בת זוג ו/או ילדים) לא יעלה על 100%.

ו. קצבת זקנה הכוללת תקופת תשלומים מובטחים

תנאים לקבלת קצבת זקנה הכוללת תקופת תשלומים מובטחים (תנאים מצטברים):

- גיל העמית בתום תקופת התשלומים המובטחים לא יעלה על 87.
- העמית לא היה זכאי לקבלת קצבת נכות במהלך 24 החודשים שקדמו למועד הגשת הבקשה לקצבת זקנה.

תקופה מקסימאלית של תשלומים מובטחים היא 240 חודשים או עד גיל 87 (המוקדם מבניהם)	<input type="checkbox"/> 240 חודשים	<input type="checkbox"/> 180 חודשים	<input type="checkbox"/> 120 חודשים	<input type="checkbox"/> 60 חודשים
בהתאם לתקנון הקרן, הנך רשאי לבחור בתקופה הבטחה של 60, 120, 180, 240 חודשים ובלבד שגילך בתום תקופת הבטחה בתנאי שגילך לא יעלה על 87 שנים. היה וגילך יעלה על 87 שנים בתום תקופת הבטחה תקוצר תקופת הבטחה למספר החודשים שבסופם גילך יהיה 87				

פרטי מוטבים - לתשלום בהיעדר שאירים

מס.	שם פרטי ומשפחה	מספר תעודת זהות	שיעור חלוקה (%)
1			
2			
3			

כלל פנסיה וגמל בע"מ



קוד מסמך: 3152

ז. היוון קצבה – קבלת סכום חד פעמי על חשבון תשלומי זקנה עתידיים

היוון של חלק הקצבה העולה על סכום הקצבה המזערי – לעמיתים שסכום קצבת הזקנה גבוה מסכום הקצבה המזערי.

ברצוני להוון סכום של _____ ש"ח מחלק הקצבה העולה על סכום הקצבה המזערי.

היוון של עד 25% מקצבת הזקנה לתקופה של עד 5 שנים* – לעמיתים שסכום קצבת הזקנה לה הם זכאים נמוך מסכום הקצבה המזערי או שווה לו.

ברצוני להוון _____% מקצבת הזקנה לתקופה של _____ שנים (שנים מלאות).

שים לב, לא ניתן לחזור מבקשה להיוון קצבה כולה או חלקה לאחר תשלום קצבת הזקנה הראשונה. על מנת לבצע היוון קצבה יש להמציא אישור פקיד שומה.

ח. פרטי חשבון בנק לתשלום הקצבה (יש לצרף אישור מהבנק)

יש למלא את פרטי חשבון הבנק של הפנסיונר בלבד.

שם בעל החשבון			תעודת זהות של בעל החשבון
שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר חשבון

ככל שהינך מבקש להעביר את תשלומי הקצבה לחשבון הבנק של הקיבוץ בו הינך חבר, יש למלא את פרטי הבנק של הקיבוץ.

ט. הצהרת העמית

- אני מצהיר/ה כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ומדויקים. ידוע לי כי הקצבה תחושב על סמך הפרטים האמורים ועל סמך הבחירות שסימנתי לעיל, וכי קראתי את הבקשה המלאה והבנתי את משמעויותיה לרבות באמצעות קבלת ייעוץ מקצועי מתאים. ידוע לי כי החל ממועד קבלת הקצבה הראשונה לא אוכל לחזור בי מבקשה זו ו/או לשנות נתון ו/או בחירה בה, ולא אוכל למשוך כספים מהקרבן במשיכה חד פעמית.
- ידוע לי כי בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי והוראות תקנון הקרבן, כפי שיהיה מעת לעת, הקרבן עשויה לדרוש מעת לעת המצאת מסמכים ונתונים לצורך המשך תשלום הקצבה.
- ידוע לי כי ככל שלאחר תשלום הקצבה יתברר כי שולמו לי כספים שאיני זכאי להם, באופן שירשם חוב הרשום על שמי ו/או על שם שאר/י/מוטבי/יורשי בקרבן, תהיה הקרבן רשאית לעדכן, להתאים או לקזז מתשלומי הקצבה המשולמים לי או לשאר/י/מוטבי/יורשי כאמור, מבלי לגרוע מזכויותיה לגבות את החוב בהתאם לכל דין.
- אני מאשר לכלל פנסיה וגמל לפנות לבנק בו מתנהל חשבוני לצורך אימות פרטי החשבון בטרם ביצוע התשלום. האימות יבוצע באמצעות השוואת הפרטים שמסרתי בבקשת המשיכה עם הפרטים המצויים בידי הבנק. כלל תשומר תיעוד של האימות במאגר המידע שלה. אני מוותר על כל טענה בדבר הפרת חובת הסודיות המוטלת על הבנק בגין האימות, והנני מורה בזאת לבנק להשיב לבקשת האימות שהתקבלה לאחר שהבנתי את משמעות האמור. ידוע לי כי באפשרותי לחזור מהסכמתי זו ע"י פניה למוקד השירות וזאת כל עוד לא נשלחה בקשת האימות. ידוע לי כי לבנק לא תהיה כל אחריות מכל מין וסוג שהוא על המידע שהועבר לכלל ושנשמר בידי כלל ולאבטחת המידע בידי כלל.

תאריך _____

חתימת העמית/ה

י. אישור מעסיק נוכחי (ככל שקיים)

הריני לאשר בזאת כי עקב הגעתו של העמית לגיל פרישה ובקשתו לקבלת קצבת זקנה, אנו משחררים לזכותו את כל הכספים המופקדים באמצעותנו לקרבן לרבות כספי הפיצויים.

תאריך _____ שם המעסיק _____ חותמת וחתימה

במידה ולא תצורף חותמת מעסיק, יש לצרף אישור מעסיק על שחרור כספי הפיצויים.

לתשומת לבך, לא נדרש אישור מעסיק על שחרור כספי פיצויים ככל שחלפו 4 חודשים ממועד סיום העבודה אצל המעסיק.

יא. לטיפול בבקשה לקבלת קצבת זקנה יש לצרף את המסמכים הבאים:

- טופס תביעה לקבלת קצבת זקנה כשהוא מלא.
- צילום ת.ז. כולל ספח המכיל סטטוס משפחתי עדכני של העמית.
- צילום ת.ז. כולל ספח המכיל סטטוס משפחתי עדכני של בן/בת זוג.
- אישור על ניהול חשבון בנק/צילום צ'ק (חשבון הבנק צריך להיות על שם העמית ולהכיל ת.ז.)
- טופס 101 מלא וחתום, ויובהר כי במידה וקיימת הכנסה נוספת יש לצרף בנוסף אישור פקיד שומה אחרת ינוכה מס מקסימלי בהתאם להוראות הדין.
- טופס הפסקת עבודה ושחרור כספים ממעסיק נוכחי.
- אישור פקיד שומה – במקרה של בקשה להיוון חלק מהכספים.

לאחר מילוי כל הטפסים, נא להעביר אותם באמצעות הדואר האלקטרוני:

Pension_claim2@clal-ins.co.il או לפקס שמספרו 077-5556662, או בדואר רגיל למשרדי החברה בכתובת:

רחוב ראול וולנברג 36 תל אביב, מיקוד 6136902.

יב. מידע שוטף על חשבונך:

לקבלת מידע שוטף על חשבונך, ניתן להירשם בכתובת: www.clalbit.co.il



קוד מסמך: 3152

תאריך _____

לכבוד

בנק _____

סניף _____

הנדון: הוראה בלתי חוזרת ואימות חשבון בנק

אני החתום מטה _____ נושא/ת תעודת זהות מספר _____

בעל חשבון מספר _____, סניף מספר _____, נותן/ת לכם בזאת:

(1) הוראה בלתי חוזרת להחזיר לקרנות הפנסיה ששמותיהם מפורטים להלן או מי מהן (להלן: "הקרן"):

כלל פנסיה

כלל פנסיה משלימה

מכל סכום שיועבר על ידי הקרן לחשבוני הנ"ל לאחר פטירתי (ולא יותר מהסך המצוי בחשבוני), וזאת מיד עם קבלת דרישת הקרן.

למען הסר ספק, ביחסים שבין הקרן לביני, ההוראה מתייחסת אך ורק להחזר סכומי קצבה שתשלם הקרן, ביתר ו/או מתוך טעות, לחשבוני לאחר פטירתי (לאחר חיים טובים וארוכים), ושלא תהיה קיימת לי ו/או לשאירי ו/או ליורשי זכאות לקבלם עפ"י תקנון הקרן.

לגבי שאירים, ההוראה מתייחסת גם להחזר סכומי קצבה ששולמו ביתר ו/או מתוך טעות.

דרישת הקרן תהווה ראייה מספקת כלפי הבנק לנכונותה ואני פוטר/ת את הבנק מכל אחריות לבדיקת נכונות הדרישה. מאחר והוראה זו ניתנת לטובת הקרן בתמורה לתשלום קצבה ישירות לחשבוני, הרי שהוראה זו תהיה בלתי חוזרת, לא תהיה לי רשות לבטלה או לשנותה וכוחה יהיה יפה גם לאחר פטירתי והיא תחייב גם את יורשי, את יורשי יורשי, את אפוטרופוסי ואת מנהלי עזבוני.

(2) אישור לכלל פנסיה וגמל לפנות לבנק בו מתנהל חשבוני לצורך אימות פרטי החשבון בטרם ביצוע התשלום. האימות יבוצע באמצעות השוואת הפרטים שמסרתי בבקשת המשיכה עם הפרטים המצויים בידי הבנק. כלל תשמור תיעוד של האימות במאגר המידע שלה. אני מוותר על כל טענה בדבר הפרת חובת הסודיות המוטלת על הבנק בגין האימות, והנני מורה בזאת לבנק להשיב לבקשת האימות שהתקבלה לאחר שהבנתי את משמעות האמור. ידוע לי כי באפשרותי לחזור מהסכמתי זו ע"י פניה למוקד השירות וזאת כל עוד לא נשלחה בקשת האימות. ידוע לי כי לבנק לא תהיה כל אחריות מכל מין וסוג שהוא על המידע שהועבר לכלל ושנשמר בידי כלל ולאבטחת המידע בידי כלל.

חתימת העמית: _____



קוד מסמך: 250

הנחיות למילוי טופס 101

בהתאם להנחיית רשות המסים, כמקבל קצבה חודשית מכלל ביטוח ופיננסים, הנך נדרש/ת למלא טופס 101. בבקש לציין, כי במידה שברשותך אישור על ניכוי מס במקור מפקיד שומה, אינך צריך למלא טופס 101.

מס הכנסה

- עקרת בית- אם הנך אישה הנשואה לתושב ישראל ואינך עובדת כשכירה ו/או כעצמאית, ואינך נמצאת בחופשה ללא תשלום (חל"ת), הנך זכאית לפטור מתשלום דמי ביטוח לאומי - אנא העבירי לידינו הצהרה חתומה על גבי טופס **בל/619**.
- בנוסף, הנך רשאית/ת להמציא אישור מהמוסד לביטוח לאומי לפטור מניכוי דמי ביטוח במקרים הבאים:
 - הנך מקבל/ת מהמוסד לביטוח לאומי קצבת נכות כללית לצמיתות בשיעור של 75% לפחות.
 - הנך מקבל/ת מהמוסד לביטוח לאומי קצבת נכות כללית זמנית בשיעור של 75%, לתקופה של לפחות 12 חודשים.
 - הנך מקבל/ת קצבת נכות מעבודה לצמיתות בשיעור של 100%.
 - הנך אלמנה המקבלת מהמוסד לביטוח לאומי קצבת שארים או קצבת תלויים.

לתשומת לבך:

בהתאם להנחיות עדכניות של המוסד לביטוח לאומי, פטור שהוענק בעבר לצמיתות למקבל נכות כללית בטל, והנך נדרש/ת להמציא לחברתנו אישור חדש, ככל שהנך זכאית/ת לפטור מניכוי דמי ביטוח.

ככל וחלה על החברה חובת ניכוי דמי ביטוח לאומי ו/או דמי ביטוח בריאות, ניכוי ו/או אי ניכוי דמי הביטוח ייעשה בהתבסס על הצהרתך בטופס 101 או על אישורי מס עדכניים שהתקבלו בחברתנו.

במידה שחלו שינויים במצבך המשפחתי ו/או בעיסוקך ו/או בהכנסותיך ו/או בזכאותך לקצבות בביטוח הלאומי, חלה עליך חובה להודיע לנו על כך באופן מיידי.

ככל שיתברר כי המידע שמסרת אינו תואם את המידע שנמצא במוסד לביטוח לאומי, תחויב בדמי ביטוח ע"י הביטוח הלאומי.

- לתשומת לבך, נוכל להעניק לך פטור מקצבה מזכה בשיעור של 17% מתקרת קצבה מזכה, בכפוף לכך שהצהרת בטופס 101 שאין לך הכנסות נוספות מקצבה ובמידה ולא פנית בשנים קודמות לפקיד השומה לצורך קבלת הנחיות מס בנוגע לקצבתך.
- לצורך מימוש זכאותך לקבלת הפטור, עליך לפנות אלינו באחת מההצהרות הבאות:

ככל והגעת לגיל פרישה לאחר יום 1.1.2012 - יש לצרף לנו הצהרתך באמצעות טופס 161 ח'.

(גיל פרישה: גבר - גיל 67, אישה - גיל 62)

חישוב הפטור יבוצע בכפוף לעמידה בתנאי ההצהרה בלבד.
- יודגש כי יתכן והנך זכאית/ת לפטור נוסף בשיעור של עד 35% מתקרת הקצבה המזכה, ולצורך כך עליך לפנות לפקיד השומה באזור מגוריך.
- בכל מקרה אחר, וככל והצהרת בסעיף ה' בטופס 101 כי יש לך הכנסות נוספות (מקצבה או מקור אחר), הנך נדרש/ת לפנות לפקיד השומה, לצורך קבלת אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- **יצוין כי במידה והנך נדרש/ת להעביר אלינו טופס 101 וטופס זה לא יתקבל בחברתנו, ינוכה מס הכנסה מהקצבה המשולמת לך לפי שיעורי המס המרביים.**

דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות

- ככל שמקצבתך מנוכית דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות, עליך לבחון אם הנך זכאית/ת ליהנות מהקלות או פטורים בהתקיים אחד או יותר מהתנאים המפורטים להלן:
 - במידה והצהרת בחלק ה' לטופס, כי הנך מקבל/ת את נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסתך האחרת ועל כן אינך זכאית/ת להם כנגד הכנסתך זו, הנך רשאית/ת להעביר לידינו הצהרה חתומה על גבי טופס **בל/644**. לחילופין הנך רשאית/ת להמציא אישור מביטוח לאומי.

עמוד 1

סעיף	נושא	הערות
כותרת	שנת מס	יש להקפיד לציין בחלק העליון של הטופס באיזו שנת מס מדובר
סעיף א'	פרטי מעביד	אין למלא סעיף זה, הסעיף ימולא ע"י קרן הפנסיה
סעיף ב'	פרטי העובד	יש למלא את כל הפרטים האישיים
סעיף ג'	פרטים על בן/בת הזוג	יש למלא את הפרטים האישיים של בן / בת זוג ואת המידע על הכנסותיו/ה
סעיף ד'	פרטים על ילדים	יש למלא רק אם יש לך ילדים שבשנת המס עוד לא מלאו להם 19 שנה
סעיף ה'	פרטים על הכנסות אחרות*	יש לסמן ב-X את האפשרות המתאימה
סעיף ו'	אישור מצ"ב	במידה ויש לך אישור יש לצרף אותו
סעיף ז'	אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות	במידה ויש לך מסמכים לגבי הסעיפים הנ"ל יש לדאוג להמציא אישור בהתאם
סעיף ח'	הצהרה	חובה לחתום ולכתוב תאריך

* אם יש לך הכנסות נוספות, ינוכה מהקצבה מס מקסימלי אלא אם כן נקבל תיאום מס. אם ברצונך לגשת לפקיד שומה לבקש תיאום מס, יש לך שתי אפשרויות:

1. לקבל את תשלום הקצבה הראשון בניכוי מס מקסימלי ולגשת למס הכנסה עם התלוש שתקבל מאיתנו. בתשלום הקצבה שישולם לך לאחר קבלת האישור, נעדכן את שיעור המס על פי האישור מתחילת התשלומים באותה שנה.
2. לבקש שנשלח לך הפנייה למס הכנסה לפני שנבצע את התשלום הראשון (במקרה זה התשלום הראשון עשוי להידחות בחודש).

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעסיק" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מלגה וכיו"ב. "עבודה" לרבות קבלת משכורת. "מלגה" לרבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- (2) משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ - 18 יום בחודש.
- (3) משכורת בעד משרה נוספת - משכורת בעד עבודה של יותר מ - 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".
- (4) משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ליום אך פחות מ-8 שעות בשבוע. **ממשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.**
- (5) שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של פחות מ - 18 יום בחודש אך לא פחות מ - 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (6) קצבה - אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
- (7) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
- (8) אם העובד מילא משבצת זו - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
- (9) ישוב מזכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.
- (10) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (11) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- (12) עובד ימלא משבצת זו (ב') - רק בתנאי שמילא את המשבצת בסעיף 1 א' ורק כך יהיה זכאי לתקרת הפטור הגבוהה.





טופס זה ימולא ע"י יחיד שהגיע לגיל פרישה⁽¹⁾ לאחר ה-1.1.12 ומקבל קצבה מזכה⁽²⁾ יחידה המבקש לקבל את הפטור הנוסף⁽³⁾ ממשלם הקצבה.

לכבוד: משלם הקצבה

בקשה לקבלת "הפטור הנוסף" בחישוב ניכוי המס מהקצבה המזכה למי שהגיע לגיל פרישה לאחר יום התחילה - 1.1.12

א. פרטי מקבלת/הקצבה

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה
..... /
כתובת מלאה	מספר טלפון	מס' בית/זירה	מיקוד
.....
רחוב	יישוב	קידומת	קידומת
.....

ב. בקשה לקבלת הפטור הנוסף בחישוב ניכוי המס מהקצבה המזכה

1. בתאריך ____ / ____ / ____ הגעתי לגיל פרישה.

2. אני הח"מ מבקש/ת לקבל את הפטור הנוסף בעת ניכוי המס מהקצבה המזכה על ידי משלם הקצבה.

ג. הצהרות וחתימות

1. אני מצהיר/ה בזאת כי לא הגשתי לפקיד השומה בקשה לקיבוע זכויות באמצעות טופס 161ד וכי החל מיום 1.1.12, לא משכתי סכומים מקופת גמל או ממעסיק בדרך של היוון קצבה בפטור ממס לפי סעיף 9א(ה) לפקודת מס הכנסה.

2. אני מצהיר/ה בזאת כי אין כוונתי למשוך בעתיד סכומים מקופת גמל או ממעסיק בדרך של היוון קצבה בפטור ממס לפי סעיף 9א(ה) לפקודת מס הכנסה. ידוע לי ומוסכם עלי כי בשל בקשתי זו ובתום 90 יום ממועד קבלת הפטור על הקצבה, לא אוכל להוון קצבה בפטור ממס בעתיד, חלף הפטור הנוסף.

3. ידוע לי כי בהתאם לבקשתי זו, במסגרת חישוב ניכוי המס שיעשה על ידי משלם הקצבה, כל הגדלה שתחול בעתיד בשיעור הפטור מהקצבה המזכה, תשמש לצורך הגדלת החלק הפטור ממס של הקצבה המזכה.

4. ידוע לי שבאפשרותי לפנות לפקיד השומה על מנת לבחון את מיצוי זכויותיי.

אני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים, מלאים ומדויקים וידוע לי כי אני צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק בגין השמטה או מסירת פרטים לא נכונים.

_____ תאריך _____ שם _____ חתימה

(1) "גיל פרישה" - כהגדרתו בחוק גיל פרישה, תשס"ד-2004.

(2) "קצבה מזכה" - סך כל הקצבאות שמקבל אדם למעט קצבה מוכרת. לעניין זה - קצבאות שמקבל אדם מביטוח לאומי וכן קצבת שארים מקופת גמל או ממעסיק לשעבר, לא ייחשבו כקצבה מזכה.

(3) "הפטור הנוסף" - שיעור הפטור ממס החל על הקצבה המזכה, הקבוע בסעיף 9א(ב) לפקודת מס הכנסה, העולה על 35%.

דברי הסבר

יחיד המקבל קצבה מזכה יחידה שהגיע לגיל פרישה לאחר יום 1.1.12, יכול לקבל את הפטור הנוסף בחישוב המס החל על קצבתו המזכה, באחת משתי האפשרויות המפורטות להלן:

אפשרות א' - הגשת בקשה לפקיד השומה לאישור קיבוע זכויות באמצעות טופס 161ד וקבלת אישור קיבוע זכויות. לטופס 161ד יש לצרף את המסמכים המפורטים להלן:

- א. טופסי 161 (הודעת מעסיק על פרישה) בהם מפורטים כל סכומי מענקי הפרישה שהועמדו לרשות מקבל הקצבה במועד פרישתו מהעבודה.
- ב. תלוש קצבה / תלוש משכורת אחרון.
- ג. פרטים על הכנסות נוספות, ככל שישנן.

במסגרת בקשת קיבוע הזכויות המוגשת לפקיד השומה יוכל מקבל הקצבה להציג בפני פקיד השומה את מלוא סכום מענקי הפרישה שצבר בגין תקופות עבודתו, קצבאות להן הוא זכאי וכן יפרט את בחירותיו ביחס לסכומים אלה, לרבות בחירתו ביחס להיוון קצבה בפטור ממס ובכך יוכל מקבל הקצבה למצות את הזכויות המגיעות לו, הן ביחס לפטור ממס הבסיסי העומד על שיעור מירבי של 35% מ"תקרת הקצבה המזכה", והן ביחס לפטור הנוסף. כמו כן, במסגרת הגשת הבקשה לקיבוע זכויות לפקיד השומה יוכל מקבל הקצבה לבחור כיצד לנצל את ההגדלות העתידיות הצפויות בשיעור הפטור הנוסף.

אפשרות ב' - הגשת בקשה למשלם הקצבה לצורך קבלת הפטור הנוסף בלבד וזאת באמצעות טופס זה. טופס זה כולל בין היתר את הצהרת מקבל הקצבה לפיה מוסכם עליו כי בשל בקשה זו ובחלוף 90 יום מהמועד בו קיבל את הפטור הנוסף, לא יוכל להוון קצבה לפי סעיף 9א(ה) לפקודת מס הכנסה בפטור ממס בעתיד, חלף הפטור הנוסף וכן הצהרה לפיה ידוע למקבל הקצבה שכל הגדלה עתידית בשיעור הפטור הנוסף תחול על הקצבה המזכה. מקבל קצבה הבוחר באפשרות ב' יגיש טופס זה פעם אחת בלבד למשלם הקצבה. מקבל קצבה שהגיש טופס זה למשלם הקצבה, יוכל לפנות לפקיד השומה בצירוף המסמכים המפורטים באפשרות א' לעיל, על מנת לבחון את מיצוי זכויותיו.

הדברים המובאים לעיל הם דברי הסבר ואינם באים במקום הוראות החוק, התקנות או כל כלל אחר שיקבע.



קוד מסמך: 1608

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה



לכבוד

המעסיק המשני או משלם הפנסיה
מספר תיק ניכויים
(לפי הרשום בתלוש המשכורת)

**הנדון: הצהרת עובד או מקבל פנסיה למעסיק משני או למשלם הפנסיה
על הכנסתו אצל המעסיק העיקרי הנמוכה מ- 60% מהשכר הממוצע**

1 פרטי העובד או מקבל הפנסיה

1

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

2 הצהרת העובד או מקבל הפנסיה

2

אני מצהיר/ה כי שכר הברוטו שלי החייב בביטוח לאומי אצל המעסיק העיקרי הוא _____ ש"ח
על-פי תלוש שכר אחרון לחודש _____.

חתימת העובד/מקבל הפנסיה

תאריך

**על פי הצהרת העובד /מקבל הפנסיה בטופס זה, יחשב המעסיק המשני או משלם
הפנסיה, את דמי הביטוח שינכה מהעובד או ממקבל הפנסיה בשיעור המופחת.**

לידיעתך,

- על פי הצהרתך יינתן אישור על ידי המעסיק המשני עד לסוף שנת המס הנוכחית (עד סוף חודש דצמבר בשנה זו).
- יש להצהיר הצהרה זו בתחילת כל שנה או בתחילת עבודתך אצל המעסיק המשני או משלם הפנסיה.
- המוסד לביטוח לאומי, שומר לעצמו את הזכות לבדוק בעתיד את הצהרת העובד על הכנסתו אצל המעסיק העיקרי, על פי טופס 126 המדווח על ידי המעסיק או משלם הפנסיה.

בל/644(01.2011)