



הנחיות לבקשת העברת יתרה צבורה מחשבון נפטר לחשבון מוטב / יורש

(תיקון 190)

להלן פירוט המסמכים הנדרשים:

1. טופס בקשה להעברת יתרה צבורה מחשבון נפטר לחשבון מוטב המצ"ב – מלא וחתום.
2. טופס הצטרפות מלא וחתום המצ"ב.
3. צילום ברור וקריא של תעודת הזהות של מבקש הבקשה (במקרה של תעודת זהות ביומטרית יש לשלוח צילום של שני צידי התעודה) וכן תעודה מזהה **נוספת** הכוללת את תמונתו של העמית.
4. תעודת פטירה מקורית או העתק נאמן למקור שלה.
5. יש להמציא צו ירושה או צוואה וצו קיום צוואה (רק במקרה שלא מונו מוטבים בקופה).
6. במידה וקיימים מספר מוטבים/יורשים על כל אחד להעביר את מלוא הטפסים בנפרד.

לידיעתך, במידה ולא יתקבל אחד מהמסמכים הנ"ל – לא ניתן יהיה לבצע משיכת כספים.

את המסמכים יש להחזיר לחברה באמצעות הדואר או הפקס:

כלל פנסיה וגמל בע"מ, ראול ולנברג 36, קריית עתידים, ת.ד. 58250 תל אביב או לפקס 077-6383190
לביורורים ניתן לפנות למחלקת שירות לקוחות בטלפון 03-7111110 או *5454



בקשה להעברת יתרה צבורה מחשבון נפטר לחשבון מוטב/יורש

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

פרטי הנפטר	
שם מלא	מועד פטירה
שם הקופה	מספר חשבון בקופה

- 1. ברצוני להעביר את כספי התגמולים המגיעים לי לחשבון חדש בקופה.
- 2. ברצוני להעביר את כספי התגמולים המגיעים לי לחשבון שקיים על שמי בקופה
- 3. ידוע לי כי כשארצה למשוך את הכספים, ינוכה מס רווחי הון בשיעור של 25% בגין רווחים ריאליים שנצברו מפתיחת החשבון על ידי הנפטר ועד שתבצע משיכת הכספים בפועל וכפי שיתעדכן מעת לעת והכל בכפוף לפקודת מס הכנסה, תקנות קופות הגמל והוראות כל דין.

תאריך _____ חתימת המבקש _____

*במידה וקיים חשבון על שמך אין צורך במילוי בקשת ההצטרפות.



בקשת הצטרפות לקופת גמל להשקעה – כלל גמל לעתיד

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

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

ב. פרטים במקרה שפותח החשבון אינו העמית חובה לחתום על הצהרת FATCA-CRS המצורף					
מספר זהות/דרכון	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	תושב
		מספר	יישוב	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> ישראל <input type="checkbox"/> חוץ
רחוב				מיקוד	
טלפון	טלפון נייד	דוא"ל			

אני מוסר לכלל חברה לביטוח 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 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 לבקש 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 לטלפון נייד) דואר רגיל

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

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

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

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

איני מאשר.

תאריך _____ חתימה _____



ג. המסלול הנבחר

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

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

לעמית הבוחר במסלול כלל השתלמות כספי (שקלי) בלבד:

סמן את בחירתך: (חובה) תקופת הבחירה במסלול (בחודשים): 6 12 24

מסלול השקעה למעבר בתום תקופת הבחירה:

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

ד. אופן התשלום

סכום ההעברה עד 70,000 ₪ לשנה צמוד למדד באמצעות (סמן X במשבצת הנבחרת):

העברה בנקאית סכום העברה _____ חשבון בנק מעביר _____ לחשבון בנק שמספרו 295556/50 בסניף 800 בנק 10. במקביל יש להעביר לדוא"ל pizurim_gemelinvest@clal-ins.co.il את אישור העברה הבנקאית לרבות ציון שם הקופה (כלל גמל להשקעה).

המחאה ניתן לשלוח לכתובת ת.ד. 58250 תל-אביב מיקוד 6158102

הפקדה באמצעות הוראת קבע הפקדה חודשית סכום ההפקדה _____ הפקדה חד פעמית סכום ההפקדה _____

ניתן לבחור בהפקדה חודשית ובהפקדה חד פעמית אך שסך כל הסכום לא יעלה על 70,000 צמוד מדד, ניתן לפתוח הוראת קבע באמצעות אתר הבנק שלך, בהרשאה לחיוב חשבון יש לרשום קוד מוסד 7342 ולצרפו לטופס זה או למלא טופס "הוראה לחיוב חשבון" שנמצא באתר כלל.

הנני מצהיר, כי סך הכספים שיופקדו לקופות הגמל להשקעה על ידי, ב"כלל פנסיה וגמל" ו/או בחברות אחרות, לא יעלה על סך של 70,000 ש"ח בכל שנת מס, הסכום האמור יעודכן מדי שנה ב-1 בינואר, לפי שיעור עליית המדד שיהיה ידוע באותו מועד לעומת המדד הידוע ביום 1.7.2016. כמו כן, ידוע לי כי ניתן להפקיד סכומים נוספים לקופה וזאת בכפוף לעמידה בהוראות סעיף 22 (א1) לחוק קופות הגמל.

דמי ניהול _____% מצבירה ו- _____% מהפקדה.

תאריך _____ חתימת העמית _____

ה. הצהרת העמית



אני מאשר כי הנתונים אשר יישמרו במאגר המידע ישמשו לצורך יצירת קשר עמי על-ידי החברה או על-ידי חברה אחרת בקבוצה, לרבות לצורך דיוור ישיר לרכישת מוצרי החברה. ידוע לי ומוסכם עליי כי הודעות שונות, למעט דיווח שנתי לעמית בכפוף להוראות הדיון, יימסרו לי באמצעות טלפון ו/או הודעת פקס ו/או משלוח בדואר ו/או הודעת SMS ו/או משלוח בדואר אלקטרוני. אני מאשר לחברה להעביר מידע על מצב חשבוני בקופה/בקרן באמצעות האינטרנט ואמצעים נוספים, ידוע לי כי אוכל לצפות בנתונים אלו באמצעות שימוש בקוד סודי, וכן אני מתיר להעביר את המידע הדרוש למפיץ הפועל בשמי כאמור להלן. הקוד הסודי יישלח אליי בדואר רשום או בהודעת SMS, וידוע לי כי אין ולא יכולה להיות לחברתכם שליטה על מקבל הקוד הסודי ו/או העושה בו שימוש.

אני פוטר בזאת את החברה ובכפוף להוראות תקנות הקופה אני פוטר בזאת את החברה מכל אחריות לכל נזק ו/או אובדן/או הפסד ו/או הוצאה שנגרמה לי כתוצאה ו/או בגין מעשה או מחדל שלי ו/או של מי ממורשיי ו/או בגין ו/או כתוצאה מהרכב תיק ההשקעות בחשבון, התשואות בגין ההשקעות בחשבון ו/או טיבן של ההשקעות בחשבון ו/או בגין ו/או כתוצאה מפעולות בחשבון שבוצעו על-פי הוראתי ו/או הוראת מי ממורשיי ו/או תוצאה ו/או בגין אי-ביצוע פעולות מכל סוג שהוא בחשבון ובלבד שאי הביצוע כאמור לא נבע ממחדל מכוון של החברה המנהלת. אני מצהיר כי הובהרו לי תנאי ההשקעה במסלול וכן הובהר לי כי תנאי ההשקעה במסלול כפופים בכל מקרה להוראות הדיון ולתקנת הקופה.

אני מבקש בזה להצטרף כעמית בחברתכם, כי אהיה כפוף לכל התנאים, ההוראות וההתחייבויות המוטלות על העמיתים לפי תקנות הקופה/הקרן אשר תנוהל על-ידי החברה המנהלת, ועל-פי שיקול דעתה, בכפוף להוראות הדיון. ידוע לי כי את הוראות התקנון של הקופה/הקרן אפשר לקבל בלא תשלום במשרדי החברה המנהלת. באתר האינטרנט הרשום להלן או בדואר לאחר פנייה בכתב/בטלפון על-פי המען הרשום להלן.

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

אני מוסר לכלל חברה לביטוח 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 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).

תאריך _____ חתימת העמית X

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

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

- כל אחד מהורי הקטין או מאפוטרופוסיו יהיה רשאי לפעול בחשבון;
- הנני מקנה לקטין את הכספים שיצטברו בחשבון, בהתאם לסעיף 31 לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962, וקובע כי רק ל- _____ תהיה הזכות לפעול בחשבון בשם הקטין.

שם _____ ת.ז. _____ כתובת _____

תאריך _____ חתימה X

ז. הצהרה לפי צו איסור הלבנת הון

אני _____ (שם העמית) בעל מספר זהות _____

מצהיר בזאת:

- אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בחשבון זולת העמית, למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי מוות בחשבון.
- יש נהנה בזכויות כאמור, ואולם פרטי הזהויה שלו טרם ידועים.
- הסיבה לכך: _____
- אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.
- הנהנים בחשבון הם:

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

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.

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

תאריך _____ חתימת העמית _____

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



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 בקשות⁶ להצטרפות למוצר או העברת בקשות⁷ לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית. אם מנוהלת עברי 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. תקופו 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, מסלול 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.
- "מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 31(2)(ז) לחוק הייעוץ הפנסיוני.
- "תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.



טופס הצהרה עצמית של יחיד לצרכי FATCA-CRS

הצהרת העמית

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

הצהרת FATCA (נא סמן את בחירתך)

האם את/ה אזרח/ית ארה"ב? ¹	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם את/ה תושב/ת ארה"ב לצרכי מס? ²	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
--------------------------------------	---	--	---

אם סימנת כן בסעיפים 1 ו/או 2 (באחד הסעיפים או בשניהם) יש לצרף טופס W9³ ולרשום את מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצרכי מס בארה"ב.

הצהרת CRS (נא סמן את בחירתך)

האם הנך בעל תושבות מס⁴ במדינה שאינה ישראל או ארה"ב? כן לא
במידה וסימנת כן נא מלא/י את הטבלה הבאה:

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

הריני מצהיר כדלקמן:

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

תאריך _____ חתימה _____

הצהרת פותח החשבון במקרה שאינו העמית

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

הצהרת FATCA (נא סמן את בחירתך)

האם את/ה אזרח/ית ארה"ב? ¹	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם את/ה תושב/ת ארה"ב לצרכי מס? ²	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
--------------------------------------	---	--	---

אם סימנת כן בסעיפים 1 ו/או 2 (באחד הסעיפים או בשניהם) יש לצרף טופס W9³ ולרשום את מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצרכי מס בארה"ב.

הצהרת CRS (נא סמן את בחירתך)

האם הנך בעל תושבות מס⁴ במדינה שאינה ישראל או ארה"ב? כן לא
במידה וסימנת כן נא מלא/י את הטבלה הבאה:

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

הריני מצהיר כדלקמן:

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

תאריך _____ חתימה _____

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