

# בקשת הצטרפות לקרן הפנסיה "הראל פנסיה"

לטובת הצטרפותך לקרן הפנסיה "הראל פנסיה", הנך נדרש למלא את הטפסים המצורפים וכן להקפיד למלא את שדות החובה ולצרף את כל המסמכים הנדרשים להשלמת הליך ההצטרפות.

**את כל המסמכים יש להעביר אלינו באחת מבין שתי האפשרויות שלהלן:**

■ לכתובת המייל: [hitspension@harel-ins.co.il](mailto:hitspension@harel-ins.co.il)

■ למס' פקס: 03-7348280.

ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 70-28-70-700-1.

בברכה,  
הראל פנסיה וגמל בע"מ

# טופס הצטרפות לקרן הפנסיה "הראל פנסיה"

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (\*)

## פרטי החברה המנהלת

שם החברה המנהלת	שם קרן הפנסיה	קוד קרן הפנסיה
הראל פנסיה וגמל בע"מ	הראל פנסיה	214

## פרטים אישיים

פרטי העמית					
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות/דרכון*	תאריך לידה*	מין*
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
מצב משפחתי		יישוב*	ת.ד.	רחוב*	מס' בית* דירה
<input type="checkbox"/> רווק / <input type="checkbox"/> נשוי / <input type="checkbox"/> גרוש / <input type="checkbox"/> אלמן / <input type="checkbox"/> ידוע בציבור					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 הזוג				
שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות/דרכון	תאריך לידה	מין

פרטי ילדים עד גיל 21				
שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות/דרכון	תאריך לידה	מין

## פרטי המעסיק

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



13000dt^

# מסלול ביטוח בקרן

נא סמן את מסלול הביטוח המבוקש:

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

שם מסלול הביטוח	גיל הפרישה במסלול
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 75% לנכות 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 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 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 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 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 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 ביטוח לפורשים עד גיל 60, 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 49 ומעלה)	60

**שים לב!** אם לא תבחר באחד ממסלולי הביטוח המפורטים בטבלה, תבטח במסלול הביטוח "מסלול ביטוח 75% לנכות ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה)"

## נכות מתפתחת

☐ אני מבקש/ת להוסיף כיסוי ביטוחי המגדיל את קצבת הנכות שתשולם בשיעור שנתי ריאלי של 2% (קצבת נכות מתפתחת).

## נכות כפולה

☐ אני מבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לקבלת נכות כפולה בחודשיים הראשונים (פרנציזה)

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

☐ 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 וינכס דמי ביטוח מחשבוני, אלא אם אודיע לחברה בכתב כי אני מעוניין/ת להמשיך ולוותר על כיסוי ביטוחי זה.

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

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

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

☐ אני בן/בת 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 ההשקעה בקרן

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

רכיב תגמולים				רכיב פיצויים			
קוד מסלול	שם מסלול ההשקעה	שיעור מתוך סכום ההפקדה		קוד מסלול	שם מסלול ההשקעה	שיעור מתוך סכום ההפקדה	
<input type="checkbox"/> 2173	הלכה			<input type="checkbox"/> 2173	הלכה		
<input type="checkbox"/> 2174	אג"ח ללא מניות			<input type="checkbox"/> 2174	אג"ח ללא מניות		
<input type="checkbox"/> 2175	מניות			<input type="checkbox"/> 2175	מניות		
<input type="checkbox"/> 9097	שקלי טווח קצר			<input type="checkbox"/> 9097	שקלי טווח קצר		

## שים לב!

אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספך במסלול ברירת המחדל - מודל השקעות תלוי גיל. במקרה שבו לא נקבע בהסכם קיבוצי או הסכם אחר כי הפקדה לרכיב פיצויים תבוא במקום פיצויי פיטורים לפי חוק פיצויי פיטורים, בחירה במסלול ההשקעה לכספי פיצויים השונה ממסלול ברירת המחדל בקרן תותנה בקבלת אישור המעסיק.

# דמי ניהול בקרן הפנסיה

שיעור דמי ניהול מצבירה (שנתי)	0.5 %	שיעור דמי ניהול מהפקדה (חודשי)	6 %
-------------------------------	-------	--------------------------------	-----

## עמית עצמאי

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

☐ 16% (ברירת מחדל)

☐ אחר: .....

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

### פרטי תשלום של עמית עצמאי

סכום הפקדה	תאריך תחילת גבייה	תדירות תשלום
ש		

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 כל מידע, למעט מידע שחלה עלי חובה למסור על פי דין לצורך קבלת השירותים, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול ותפעול קרן הפנסיה שלי, לרבות עיבוד מידע הקיים במערכות החברה והכל בכפוף להוראות הדין.

☐ אני מסכים/ה לקבל מהחברה, ומחברות בקבוצה בה מנויה החברה, הודעות שיווקיות ודברי פרסומת באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או כל אמצעי תקשורת אחר, והכל בהתאם לפרטים השמורים במאגר המידע של החברה.

☐ אני מסכים כי מסמכים והודעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת:

.....@ וזאת במקום באמצעות הדואר.

כמו כן, ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיוור לקבלת הודעות שיווקיות ודברי פרסומת, באפשרותי לפנות לכתובת:

[www.hrl.co.il/pirsum](http://www.hrl.co.il/pirsum)

חתימה: .....

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן הפנסיה, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן הפנסיה: [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il)

## פרטי בעל רישיון

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

## רשימת מסמכים מצורפים

☐ הצהרת בריאות

☐ ייפוי כח

☐ מסמך הנמקה

☐ טופס הוראה לחיוב חשבון - עצמאי

☐ כתב מינוי אפוטרופוס

☐ טופס בקשה להעברת כספים

☐ תעודת זהות (במקרה של ויתור על כיסוי ביטוחי)

חתימת העמית\*: .....

חתימת בעל רישיון: .....

חתימת אפוטרופוס: .....

תאריך חתימה\*: .....

תאריך חתימה: .....

תאריך חתימה: .....

במידה והעמית סיים את עבודתו, נא לצרף טופס שחרור מעסיק או טופס 161 שימשם תחליף לחתימת המעסיק

<b>א פרטי העמית</b>	
שם פרטי	שם משפחה
טלפון	ת.ז.
דואר אלקטרוני	
@	

<b>ב רכיב פיצויים (נא סמן את המסלול המועדף)</b>	
שם אפיק השקעה	שיעור מתוך סכום ההפקדה
<input type="checkbox"/> מניות	%
<input type="checkbox"/> אג"ח ללא מניות	%
<input type="checkbox"/> הלכה	%
<input type="checkbox"/> שקלי טווח קצר	%
<input type="checkbox"/> גילעד כללי*	%
<input type="checkbox"/> מנוף כללי*	%

\*הבחירה באפיק זה תתאפשר רק לעמית שהיתה לו יתרה בחשבון בקרן הפנסיה באפיק השקעה זה ביום 31.12.2015

<b>ג אישור המעסיק לבחירת מסלול השקעה לכספי פיצויים</b>	
יש לחתום על סעיף זה אם נבחר מסלול השקעה לפיצויים שונה ממסלול ברירת המחדל - "מודל תלוי גיל"	
תאריך:	חתימה וחזותת המעסיק:

<b>ד חתימת העמית</b>	
תאריך:	חתימת העמית:

# הצהרת בריאות למועמד להצטרפות לקרנות הפנסיה של הראל

## (לא נדרש במקרה של הצטרפות לקרן "הראל פנסיה כללית" במסלול יסוד)

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלים.

כתובת מייל בהראל פנסיה: pensiad@harel-ins.co.il  
מס' פקס בהראל פנסיה: 03-7348048  
ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1-700-70-28-70

פרטי המועמד		שם משפחה		שם פרטי		מס' ת.ז.		תאריך לידה	
רחוב		מס'		ישוב		מיקוד			
טלפון בית		טלפון עבודה		טלפון נייד		מין		נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
קופת חולים		סניף		שם הרופא המטפל					
מקצוע/עיסוק		מעסיק		תחביב					
אישור לקבלת דוחות לעמית בדוא"ל: אני מסכים כי הדוח השנתי לעמית ישלח לדוא"ל שלי בכתובת - @ ..... וזאת במקום באמצעות הדואר.									

הנחיות כלליות
במקרה בו סומנה תשובה חיובית על אחת או יותר מן השאלות המפורטות, יש לסמן ✓ במשבצת הסמוכה למחלה או הבעיה הרלוונטית המצוינת בשאלה, וכן לתת פירוט ברור בתחתית הצהרת הבריאות ו/או מילוי שאלון מתאים. יש לסמן האם אתה סובל או האם סבלת בעבר מאחת הבעיות הרשומות להלן (לידיעתך, יתכן ותדרש בהמצאת מסמכים רפואיים נוספים ו/או בבדיקה רפואית בהתאם למקובל בחברה).

שאלות על מצב בריאותך		כן	לא	שאלון/מידע ראשוני נדרש
1. א. משקל בק"ג ..... גובה בס"מ .....				
ב. עישון: האם אתה מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות? אם כן, ציין סוג וכמות .....				
ג. אלכוהול: האם צרכת או הינך צורך משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל 2 מנות ביום)?				שאלון אלכוהול
ד. סמים: האם אתה צורך או צרכת סמים?				שאלון סמים
האם אובחנת במחלות/הפרעות ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:				
2. מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ללב וכלי דם: לב <input type="checkbox"/> כלי דם <input type="checkbox"/>				שאלון לב, שאלון כלי דם
3. מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי או לדיאטה במהלך עשר השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם <input type="checkbox"/> סכרת (לרבות סכרת הריון)				שאלון לחץ דם, שאלון סוכרת
4. מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> ריאות <input type="checkbox"/> דרכי הנשימה				שאלון דרכי נשימה / אסטמה
5. מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> מערכת העצבים <input type="checkbox"/> המוח <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> אירוע מוחי				שאלון אפילפסיה (לאפילפסיה) פירוט ומסמכים רפואיים
6. מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> מערכת העיכול <input type="checkbox"/> המעיים <input type="checkbox"/> כבד <input type="checkbox"/> מחלת צהבת (הפטיטיס) לסוגיה				שאלון מערכת העיכול, שאלון צהבת וכבד + דוח מעקב עדכני כולל תפקודי כבד וסרולוגיה, RNA, עומס נגיפי וכו'
7. <input type="checkbox"/> גידול שפיר <input type="checkbox"/> גידול ממאיר <input type="checkbox"/> מחלה ממארת (סרטן)				דוחות: תשובה היסטולוגית מלאה + דוח מעקב אחרון
8. מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות מתח, חרדה ודיכאון)				שאלון מחלה נפשית
9. מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> כליות <input type="checkbox"/> דרכי שתן				שאלון כליות / דרכי השתן / בלוטת הערמונית
10. מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> ריאומטולוגיה <input type="checkbox"/> דלקות פרקים <input type="checkbox"/> לופוס (זאבת) <input type="checkbox"/> פיברומיאלגיה				ל-FMF: שאלון FMF ותפקודי כליות עדכניים + בדיקת שתן כללית. לשאר המחלות יש לצרף מסמך רפואי
11. <input type="checkbox"/> מחלות זיהומיות <input type="checkbox"/> איידס <input type="checkbox"/> נשאות לאיידס				מסמכים רפואיים
12. <input type="checkbox"/> מחלות עיניים <input type="checkbox"/> הפרעות ראייה (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)				שאלון עיניים
13. בעיות או מחלות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> אוזן <input type="checkbox"/> גרון				שאלון אף/ אוזן/ גרון
14. <input type="checkbox"/> בעיה/הפרעות/מחלות אורתופדיות <input type="checkbox"/> כאבי גב <input type="checkbox"/> בעיה בעמוד שדרה <input type="checkbox"/> מפרקים ועצמות				שאלון גב ועמוד שדרה, שאלון מפרקים, שאלון שברים ועצמות ושאלון ברכיים

2

2

## 2