

בקשת הצטרפות לקרן הפנסיה "הראל כללית"

לטובת הצטרפותך לקרן הפנסיה "הראל פנסיה כללית", 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: pensiads@harel-ins.co.il.

■ למס' פקס: 03-7348048.

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 כללית"

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 כללית	662

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.	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"/> בעל שליטה / <input type="checkbox"/> שכיר / <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



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	שם מסלול הביטוח	גיל הפרישה במסלול	
<input type="checkbox"/>	פנסיה מקיפה נכות מוגדלת (75%)	67	<input type="checkbox"/>	שם מסלול הביטוח
<input type="checkbox"/>	פנסיה מקיפה נכות מוגדלת (75%) (תום ביטוח 64)	64	<input type="checkbox"/>	שם מסלול הביטוח
<input type="checkbox"/>	פנסיה מקיפה נכות מוגדלת (75%) פרישה מוקדמת	60	<input type="checkbox"/>	שם מסלול הביטוח
<input type="checkbox"/>	פנסיה מקיפה	67	<input type="checkbox"/>	שם מסלול הביטוח
<input type="checkbox"/>	פנסיה מקיפה (תום ביטוח 64)	64	<input type="checkbox"/>	שם מסלול הביטוח
<input type="checkbox"/>	פנסיה מקיפה פרישה מוקדמת	60	<input type="checkbox"/>	שם מסלול הביטוח
<input type="checkbox"/>	עתיר נכות מופחת שאירים	67 לגברים, 64 לנשים	<input type="checkbox"/>	גיל הפרישה במסלול
<input type="checkbox"/>	ללא נכות	67 לגברים, 64 לנשים	<input type="checkbox"/>	גיל הפרישה במסלול

נכות מתפתחת

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

הבחירה אינה אפשרית במסלולי הביטוח בהם תום הכיסוי הביטוחי הינו בגיל 60

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי הביטוח המפורטים בטבלה, תבוטח במסלול הביטוח פנסייט יסוד (ללא כיסוי ביטוחי למקרי נכות ומוות), זאת למעט במקרה בו הינך מבוטח פעיל בקרן הפנסיה המקיפה של הראל - במקרה זה תבוטח במסלול הביטוח בו הינך מבוטח בקרן המקיפה.

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 בחלופי שנתיים ממועד אישור הבקשה יחודש הכיסוי הביטוחי לשאירים וינכז דמי ביטוח מחשובני, 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.

מסלול השקעה בקרן

כספך בקרן יושקעו באפיק ההשקעה "מודל השקעות תלוי גיל".

דמי ניהול בקרן הפנסיה

שיעור דמי ניהול מצבירה (שנתי)	1.05%	שיעור דמי ניהול מהפקדה (חודשי)	4%
-------------------------------	-------	--------------------------------	----



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
₪		

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 קרן הפנסיה שלי ותפעולה, ובכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות, תקנות הגנת הפרטיות, והנחיות רשם מאגרי מידע בהתאם לסמכותו לפי חוק הגנת הפרטיות.
 אני מסכים/ה כי מסמכים והודעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי וזאת במקום באמצעות הדואר.

.....@
 אני מעוניין/ת לקבל פניות שיווקיות לגבי מוצרים או שירותים של החברה ושל חברות בקבוצת החברות בה מנויה החברה.

ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות באמצעות אתר האינטרנט של החברה בכתובת דוא"ל: www.hrl.co.il/pirsum או לכתובת: בית הראל, הראל פנסיה כללית, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802.

חתימה /

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן הפנסיה, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן הפנסיה: www.harel-group.co.il

פרטי בעל רישיון

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

..... תאריך חתימה
..... תאריך חתימה
..... תאריך חתימה
..... חתימת העמית*
..... חתימת בעל רישיון
..... חתימת אפטרופוס

רשימת מסמכים מצורפים

הצהרת בריאות
 ייפוי כח
 מסמך הנמקה
 טופס הוראה לחיוב חשבון - עצמאי
 כתב מינוי אפטרופוס (חובה ככל שאפטרופוס מעורב בתהליך)
 טופס בקשה להעברת כספים
 תעודת זהות (במקרה של ויתור על כיסוי ביטוחי)



טופס מינוי מוטבים ב"הראל פנסיה כללית"

יש להעביר טופס מקורי בלבד בתוספת צילום תעודת זהות בדואר, לכתובת: בית הראל, הראל פנסיה, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802. במידה והבקשה חתומה בחתימה ממוחשבת, ניתן להעביר באמצעות המייל לכתובת: pensiards@harel-ins.co.il.

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת			
שם החברה המנהלת	שם קרן הפנסיה	קוד קרן הפנסיה	מס' החשבון של העמית בקרן
הראל פנסיה וגמל בע"מ	הראל פנסיה כללית	662	

פרטי העמית						
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין*	מצב משפחתי
					ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ידוע בציבור <input type="checkbox"/>

להלן פרטי המוטבים שאני ממנה כזכאים לכספים הרשומים לזכותי בקרן לאחר מותי והכל בכפוף לתנאים שנקבעו בתקנון הקרן:

להלן פרטי המוטבים שאני ממנה כזכאים לכספים הרשומים לזכותי בקרן לאחר מותי והכל בכפוף לתנאים שנקבעו בתקנון הקרן						
שם פרטי*	שם משפחה*	תאריך לידה	מס' זהות/דרכון*	כתובת	קרבת משפחה	חלק ב-%*
					סה"כ	

* ככל שלא ימולא החלק של המוטב באחוזים, בעת פטירה יחולקו הסכומים והתגמולים באופן שווה בין המוטבים.

ככל שאחד המוטבים המפורטים לעיל ילך לעולמו לפני, אני מורה כי הסכומים והתגמולים שהיו אמורים להיות משולמים לו לאחר פטירתי יועברו לאנשים הבאים:

- לשאר המוטבים בחלקים שווים
 לשאר המוטבים באופן יחסי לחלקם
 ליורשי החוקיים (עפ"י צו ירושה או צו קיום צוואה)
 אחר:

הערה: בהיעדר שאירים ובהיעדר הוראה לעניין מינוי מוטבים במועד קרות האירוע המזכה, הסכומים יועברו ליורשי על פי דין או על פי צוואה והכל בכפוף להוראות התקנון.

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, תקנות הגנת הפרטיות, והנחיות רשם מאגרי מידע בהתאם לסמכותו לפי חוק הגנת הפרטיות.

אני מסכים/ה כי מסמכים והודעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי וזאת במקום באמצעות הדואר.

.....@
 אני מעוניין/ת לקבל פניות שיווקיות לגבי מוצרים או שירותים של החברה.

ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות באמצעות אתר האינטרנט של החברה בכתובת דוא"ל: www.hrl.co.il/pirsum או לכתובת: בית הראל, אגף הפנסיה, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802.

תאריך חתימה חתימת העמית*

פרטי בעל רישיון

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

הצהרת בעל רישיון

אני שפרטיו לעיל, מצהיר בזאת ומאשר כי הוראת מוטבים זו נחתמה לפני ו/או מולאה לבקשת העמית לאחר שהעמית זוהה על ידי.

תאריך חתימת בעל רישיון



dt13051

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

כתובת מייל: pensiards@harel-ins.co.il

מס' פקס: 03-7348048

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

א פרטי המבוטח											
שם משפחה			שם פרטי			מס' ת.ז.			תאריך לידה		
רחוב		מס'		ישוב		מיקוד					
טלפון				טלפון נייד			מין		מצב משפחתי		
נ		ז		נ		ר		נ		ג	א
אישור לקבלת דוחות לעמית בדוא"ל: אני מסכים כי הדוח השנתי לעמית ישלח לדוא"ל שלי בכתובת -											
וזאת במקום באמצעות הדואר. @											

ב פרטי המעסיק										
שם המעסיק										
מס' ת.ז.הות/ח"פ/ח"צ										
רחוב		מס'		ישוב		מיקוד				
טלפון				פקס			איש קשר			
דואר אלקטרוני										
E-Mail @										

ג פרטי ההרשאה									
שכיר -									
אנא מלא את הפרטים להלן:									
שכר מבוטח..... שיעור ההפקדה: עובד..... מעביד..... פיצויים.....									
עצמאי -									
אנא מלא את גובה הסכום החודשי שיש לגבות מחשבונך בבנק: ש.ר.....									
תאריך..... חתימת המבוטח/המעסיק.....									

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

לכבוד,

בנק:

סניף:

כתובת הסניף:

שם הסוכן / היועץ	מס' הסוכן / היועץ

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה		קוד המוסד	אסמכתא / מס' ת.ז. של הלקוח
		בנק	סניף		
				4 3 6 2 6	

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או

הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב - ש.

מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום/...../.....

לתשומת לבך,

- אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
- אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

1. אני/ו הח"מ: שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק
מס' ת.זהות / ח.פ.

מכתובת: רחוב מס' עיר מיקוד

מספר טלפון: מספר טלפון נייד:

מורה/ים לכם בזאת לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם בגין תשלום דמי גמולים בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מידי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות ע"י **הראל פנסיה וגמל בע"מ**, כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".

2. לידיעתך/ם:

- א. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממך/ם בכתב לבנק ולהראל פנסיה וגמל בע"מ, שתכנס לתוקף ביום העסקים העוקב ליום מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
 - ב. תהיה/ו רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תמסר על ידך/ם לבנק ולהראל פנסיה וגמל בע"מ בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב ו/או הזיכוי.
 - ג. תהיה/ו רשאי/ם לבטל חיוב לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם תוכיחו/ו לבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
 3. הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעליך/ם להסדיר עם הראל פנסיה וגמל בע"מ.
 4. סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו יופיעו בדפי החשבון ולא תשלח אליך/ם ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלו.
 5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
 6. הבנק רשאי להוציא/ם מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך ויודיע לך/ם על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- נא לאשר ל-**הראל פנסיה וגמל בע"מ** בספח מטה קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

פרטי הרשאה

לקוח נכבד, סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י **הראל פנסיה וגמל בע"מ** עפ"י סכום דמי הגמולים המוסכמים, ההצמדה והריבית כפי שנקבעו ו/או עפ"י יתרות החוב שתחושבנה בהתאם להוראות הדין.

תאריך: חתימת בעלי החשבון:

הרשאה לחיוב חשבון בנק להעברת תגמולים להראל פנסיה כללית

לכבוד:

הראל פנסיה וגמל בע"מ

ת.ד. 1951, רמת גן 5211802

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה		קוד המוסד	אסמכתא / מס' ת.ז. של הלקוח
		בנק	סניף		
				4 3 6 2 6	

קבלנו הוראות מ- לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מידי פעם בפעם ואשר מס' חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות ונפעל בהתאם, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על ידי בעלי החשבון או כל עוד לא הוצאו/ו בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבויותכם כלפינו, לפי כתב השיפוי, שנחתם על ידיכם.

תאריך: בנק: סניף: חתימה וחותמת הסניף:



^dt13122

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.

שם פרטי המועמד		שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה
שם משפחה		מס'	ישוב	מיקוד
רחוב		מס'	טלפון עבודה	טלפון נייד
קופת חולים		סניף	שם הרופא המטפל	מין נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>
מקצוע/עיסוק		מעסיק	תחביב	
אישור לקבלת דוחות לעמית בדוא"ל: אני מסכים כי הדוח השנתי לעמית ישלח לדוא"ל שלי בכתובת -				
זאת 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		מס'	שאלה	כן	לא
א.	1.		משקל בק"ג גובה בס"מ האם חל שינוי במשקלך בשנתיים האחרונות? לא <input type="checkbox"/> עליה <input type="checkbox"/> ירידה של ק"ג אם כן, פרט את הסיבה: <input type="checkbox"/> דיאטה <input type="checkbox"/> אחר, פרט		
ב.	2.		עישון: האם אתה מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות? אם כן, ציין סוג וכמות		
ג.	3.		אלכוהול: האם צרכת או הינך צורך משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל 2 מנות ביום)?		
ד.	4.		סמים: האם אתה צורך או צרכת סמים?		
האם אובחנת במחלות/הפרעות ו/או בבעיות רפואיות הרשומות מטה:					
	2.		מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ללב וכלי דם: <input type="checkbox"/> לב <input type="checkbox"/> 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)		
	4.		מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> ריאות <input type="checkbox"/> דרכי הנשימה		
	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		
	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		
	7.		<input type="checkbox"/> גידול שפיר <input type="checkbox"/> גידול ממאיר <input type="checkbox"/> מחלה ממארת (סרטן)		
	8.		מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות מתח, חרדה ודיכאון)		
	9.		מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> כליות <input type="checkbox"/> דרכי שתן		
	10.		מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> ריאומטולוגיה <input type="checkbox"/> דלקות פרקים <input type="checkbox"/> לופוס (זאבת) <input type="checkbox"/> פיברומיאליגיה		
	11.		<input type="checkbox"/> מחלות זיהומיות <input type="checkbox"/> איידס <input type="checkbox"/> נשאות לאיידס		
	12.		<input type="checkbox"/> מחלות עיניים <input type="checkbox"/> הפרעות ראייה (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)		
	13.		בעיות או מחלות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> אוזן <input type="checkbox"/> 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		
	15.		מחלות או בעיות רפואיות הקשורות לדם: <input type="checkbox"/> מחלות דם <input type="checkbox"/> בעיות קרישה <input type="checkbox"/> לוקמיה <input type="checkbox"/> פוליציטמיה		
	16.		נכות, אחוזה נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד?		

הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רישיון) (נספח 2)

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כוח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו. (צורך מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

לכבוד

..... (שם הגוף המוסדי)

מייפה הכוח (הלקוח):

שם: מספר זיהוי: | | | | | | | | | |

כתובת:

מיופה הכוח (סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד):

שם (יחיד/תאגיד): רישיון מס': מספר סוכן:

אשר הינו (סמן את האפשרות המתאימה): (1) יועץ פנסיוני (2) סוכן ביטוח פנסיוני

טלפון: מייל: @

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני ומי מטעמי, לפנות בשמי לגוף המוסדי² המפורט לעיל לשם קבלת מידע³ 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 לדין. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית.

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

(1) מספר חשבון הלקוח במוצר	(2) מספר קידוד של המוצר	(3) סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל
		<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.
- במקרה של בקשת מידע בלבד אין חובה לקדד במספר הקידוד של המוצר הפנסיוני את ספרות המסלול.
- אם סימנתי ✓ בעמודה (3), סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.

1. ביטול הרשאה קודמת

בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לבעל רישיון אחר לגבי המוצרים הכלולים בהרשאה ושאינם עובר קבלת מידע בלבד זו תוך 10 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.

2. תוקפו של ייפוי כוח

שים לב! 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:

תאריך החתימה

חתימת הלקוח

תאריך החתימה

חתימת סוכן הביטוח או יועץ פנסיוני

שם סוכן הביטוח או יועץ פנסיוני

¹ "מי מטעמי" - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות בפיקוח 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 של קרן פנסיה.

³ "מידע אודות מוצר" - 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 שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש.

⁴ "מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני שהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני שהגדרתה בסעיף 31(טז) (2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.

⁵ "תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.

