

## טופס בקשת הצטרפות לקרן הפנסיה - עמית המשלם באופן עצמאי

אני החתום מטה, מבקש להצטרף כעמית לקרן הפנסיה:

**מיטבית-עתודות קרן פנסיה בהתאמה אישית (להלן "קרן הפנסיה")**

### א. פרטי העמית

1. פרטים אישיים

מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם משפחה קודם	שם האב	מצב משפחתי	מין	תאריך לידה	סכ		
							יום / שנה / חודש			
כתובת מגורים/ רחוב/ ת.ד.										
מס' עיר מיקוד טלפון סלולרי										
דואר אלקטרוני										
@										
שם מעסיק עיסוק										
שנה / חודש / יום										

2. פרטי בן/בת הזוג

מספר תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה קודם	תאריך נישואין	שם האב	שם פרטי	תאריך לידה	סכ		
			יום / שנה / חודש			יום / שנה / חודש			

3. פרטי ילדים עד גיל 21

מספר	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	שם משפחה	שם פרטי	מין
1		יום / שנה / חודש			נ / ז
2		יום / שנה / חודש			נ / ז
3		יום / שנה / חודש			נ / ז
4		יום / שנה / חודש			נ / ז

4. מינוי מוטבים (בהיעדר שאירים\*) אם במקרה פטירה לא יהיו לי שאירים, הנני ממנה בזה את הזכאים המפורטים מטה כמוטבים לעניין קבלת היתרה הצבורה לאחר מותי.

מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	חלוקה ב-%	סכ

\*בהיעדר שאירים ו/או מוטבים תועבר היתרה הצבורה ליורשים על פי דין.

**ב. שאלות לזיהוי טלפוני** (נעת פניה טלפונית לקרן תידרש לענות על שאלות אלה, לצורך שמירה על חשאיות נתונים הכספיים בקרן)

1. באיזה בית ספר יסודי למדת? \_\_\_\_\_  
 2. קוד בן 4 ספרות לזיהוי טלפוני \_\_\_\_\_

**ג. דמי גמולים**

פרמיה חודשית \_\_\_\_\_ ש"ח בגין חודש \_\_\_\_\_

**ד. אופן הפקדת הכספים**

באמצעות הוראת קבע לתשלום חודשי (רצ"ב)

באמצעות הפקדת תשלומים מעת לעת ישירות לקרן:  המחאה  העברה בנקאית (לברור פרטי החשבון להפקדת הכספים נא לפנות לטלפון: 03-6360810)

**ה. מסלולי פנסיה (נא לסמן ב-X)** (עמית שלא בחר באחד מהמסלולים יבוטח כבריית המחודל במסלול הבסיסי)

<input type="checkbox"/> מסלול בסיסי	<input type="checkbox"/> מסלול בסיסי נכות מינימלית	<input type="checkbox"/> מסלול בסיסי נכות מירבית	<input type="checkbox"/> מסלול משפחה ביטוח נכות	<input type="checkbox"/> מסלול עתיר ביטוח שאירים	<input type="checkbox"/> מסלול עתיר חיסכון בפרישה מוקדמת	<input type="checkbox"/> מסלול עתיר חיסכון
--------------------------------------	--	--	---	--	--	--

ניתן לשנות את מסלול הפנסיה באמצעות בקשה בכתב. הגדלת הכיסוי הביטוחי לנכות ושאיירים תעשה בכפוף לאישור הקרן ותחייב בתקופת אכשרה בת 5 שנים למחלה שקדמה לשינוי המסלול.

**לשימוש משרדי**

שם הסוכן / המק"ל / המשווק
מספר הסוכן / המק"ל / המשווק

**פרטי העמית/ה לביקורת**

שם פרטי	שם משפחה	מספר תעודת זהות	סכ

**ו. ויתור על כיסוי ביטוחי לפנסיה שאירים** אם ברצונך לוותר על כיסוי ביטוחי לפנסיה שאירים, או חלק ממנו, אנא סמן ב-X ויש לצרף צילום ת.ז. + ספח:

ברצוני לוותר על הכיסוי הביטוחי לפנסיה שאירים לכן/בת הזוג ולילדים  ברצוני לוותר על הכיסוי הביטוחי לפנסיה שאירים לכן/בת הזוג בלבד  
 ויתור כאמור יהיה תקף למשך 24 חודשים או עד למועד בו תתקבל בקרן הודעה לפיה נוספו לך בן/בת זוג ו/או ילדים. בתום 24 חודשים, אם לא השתנה מצבך המשפחתי ניתן להאריך את התקופה לתקופה נוספת של 24 חודשים בהודעה בכתב וחוזר חלילה. הויתור האמור אפשרי רק במידה ואין לך שאירים חוקיים בהגדרתם בתקנון הקרן.

**ז. אפיקי השקעות (נא לסמן ב-X\*)** באפשרותך לבחור אפיק השקעות בו יושקעו כספך הצבורים בקרן:

1.  אפיק "יהלום"  אפיק "ספיר"  אפיק "טופז"

\* עמית שבחר באפיק "טופז" יבוטח באפיק השקעה "ספיר" עד לפתיחת אפיק "טופז".  
 \* עמית שלא בחר באחד מהאפיקים יבוטח באפיק השקעה "ספיר".

ניתן לשנות את אפיק ההשקעה שבחרת בטופס זה באמצעות טופס מיוחד. ניתן לשנות את תמהיל ההשקעות עד ארבע פעמים בשנה קלנדרית, ולא יותר מפעם אחת ברבעון קלנדרית. עמית שגילו 60 ואילך יוכל לבחור באפשרות אפיק "טופז" רק עד 50% מהכספים הצבורים בחשבוננו. החל מגיל 64 לאישה ו-67 לגבר, לא יוכל העמית לבחור באפיק "טופז".

2. אבקש לפצל את הכספים הצבורים בחשבוני בקרן נכון להיום ולגבי כל הפקדה שתתקבל בעתיד בהתאם ליחס הבא\*\*:  
 א. שיעור של % \_\_\_\_\_ באפיק \_\_\_\_\_  
 ב. שיעור של % \_\_\_\_\_ באפיק \_\_\_\_\_  
 \*\* ניתן לפצל את הכספים כאמור לעיל, אם היתרה הצבורה לזכותך, תעלה לאחר הפיצול, ככל אפיק, על פעמיים השכר הממוצע בשק. אם לא יתקיים התנאי האמור, יושקעו כל הכספים באפיק לגבי קבעת שיעור הפקדה גבוה יותר, ואם קבעת שיעורי הפקדה זהים - האפיק הראשון בו בחרת.

**ח. חברות קודמת בקרן פנסיה**

שם הקרן	מועד תחילת חברות			מועד סיום חברות			שם המעסיק שהעביר כספים לקרן האחרת
	שנה	חודש	יום	שנה	חודש	יום	

הודעתי על הפסקת הביטוח לנכות ושאיירם בקרן הקודמת  לא הודעתי דבר

**ט. פנסיה חובה**  הצטרפתי במסגרת הסדר פנסיה חובה - צו הרחבה ינואר 2008.

**י. הצהרת העמית**

אני החתום/ה מסה מבקש/ת להצטרף כעמית ל"קרן הפנסיה" ומאשר בזאת ומצהיר כדלהלן: ידוע לי כי הצטרפותי לקרן הפנסיה וזכויותי בה, ייקבעו בהתאם להוראות הדין ולהוראות תקנון קרן פנסיה, ובכפוף לשינויים אשר יחולו בהן מעת לעת.

הפרטים שמסרתי בבקשת הצטרפות זו נכונים ומדויקים, ולא הסתרתי כל מידע רלבנטי עליו נתבקשתי להצהיר. כמו כן, הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי בפרטי האישיים. ידוע לי כי במקרה של מתן תשובות כוזבות או לא מלאות בכוונה או ביוזעין, רשאית קרן הפנסיה לשלול ו/או להפחית תשלומים ו/או זכויות פנסיוניות בהתאם לתקנון קרן הפנסיה ולדין.

אני מאשר ונותן בזאת את הסכמתי לקרן הפנסיה לבצע אימות נתונים מול מרשם האוכלוסין של משרד הפנים לנתונים הבאים: מספר זהות, שם משפחה ופרטי, שם האב, מצב משפחתי, מען מלא, מין ותאריך לידה. אני מאשר לכם בזאת לשנות את פרטי המען בהתאם לאמור במרשם התושבים.

ידוע לי כי על פי תקנות מס הכנסה (כללים לאישור ולניהול קופות גמל) התשכ"ד - 1964 ניתן לבטח בקרן פנסיה חדשה מקיפה הכנסה שאינה עולה על התקרה שנקבעה בתקנות. במקרה שיועברו לקרן דמי גמולים מהכנסה העולה על התקרה שנקבעה (דמי גמולים עודפים), הנני מורה לכם להעביר את דמי הגמולים העודפים לקרן פנסיה חדשה כללית שבניהול החברה המנהלת של קרן הפנסיה. העברה לקופת גמל או למסלול הוני אחר, תיעשה לפי פנייתי בכתב בתיאום עם קרן הפנסיה ו/או המעסיק.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת וחותמת העמית/ה \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

## הצהרת בריאות

נא לסמן ב-X בטור המתאים האם הנך סובל/ת או סבלת בעבר מאחת מהמחלות המפורטות להלן:

מס'י	סוג המחלה	כן	לא	אם התשובה חיובית, נא לפרט
1	מחלות לב			
2	לחץ דם מוגבר ומחלות כלי הדם			
3	סכרת			
4	מחלות ריאה ודרכי נשימה			
5	מחלות כלי עיכול או כיב קיבה			
6	מחלות עצבים או הפרעות נפשיות			
7	גידול ממאיר (סרטן)			
8	מחלות כליות, כבד			
9	נכות כלשהי מסיבת תאונה או מחלה			
10	כאבי גב			
11	מחלת האיידס			
	האם הינך מעשן/ת?			
	האם עישנת ב- 5 שנים האחרונות?			
אם התשובה לאחת משתי השאלות הקודמות חיובית, מה עישנת? <input type="checkbox"/> סיגריות <input type="checkbox"/> סיגרים <input type="checkbox"/> מקטרת <input type="checkbox"/> נרגילות כמות ליום _____ גובה _____ ס"מ משקל _____ ק"ג				

הנני מצהיר/ה כי עיסוקי הוא \_\_\_\_\_

### ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן בזה רשות לכל קופות החולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדות הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון וכן לחברות הביטוח למסור לידי קרן הפנסיה \_\_\_\_\_ X להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם 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 עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, וכן הנני מיפה את "המבקש" לאסוף מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

שם העמית/ה \_\_\_\_\_ ת. זהות \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ X

לקבלת מידע שוטף על חשבונך ניתן להרשם בכתובת: [www.clalbit.co.il](http://www.clalbit.co.il) • לקבלת מידע כללי/נוסף בנושא הפנסיה ננס'י לאתר: [www.clal-pension.co.il](http://www.clal-pension.co.il)