



מדינת ישראל
רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון

נספח א'
טופס הצטרפות לקרן פנסיה

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת

שם החברה המנהלת*		שם קרן הפנסיה*		קוד קרן הפנסיה	
פרטי העמית					
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין*
רווק / נשוי / גרוש / אלמן / ידוע בציבור					
יישוב*					
ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד	
כתובת דוא"ל		טלפון נייד	טלפון קווי	מעמד*	
				שכיר / עצמאי / שכיר בעל שליטה / עצמאי באמצעות מעסיק	
פרטי בן / בת זוג					
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 מעסיק

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

מסלול ביטוח בקרן

שם מסלול הביטוח	גיל הפרישה במסלול	
		☐
		☐
		☐
		☐
		☐
		☐

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

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי הביטוח המפורטים בטבלה, תבוטח במסלול הביטוח _____.

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 בחלופ שנתיים ממועד אישור הבקשה יחודש הכיסוי הביטוחי לשאירים וינוכו 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/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

מסלול השקעה בקרן

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

רכיב תגמולים

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

קוד מסלול	שם מסלול השקעה	שיעור מתוך סכום ההפקדה
☐	מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחדל	
☐		
☐		

רכיב פיצויים

קוד מסלול	שם מסלול השקעה	שיעור מתוך סכום ההפקדה
☐	מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחדל	
☐		
☐		

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

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 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 בכתובת _____ 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 הדיוור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל _____ או לכתובת: _____.

חתימה _____

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן הפנסיה, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן הפנסיה: _____

פרטי בעל רישיון (לא נדרש בהצטרפות מקוונת)

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 (במקרה של וויתור על כיסוי ביטוחי)
- ☐ טופס הצהרת עמית עצמאי לפי צו איסור הלבנת הון (ככל שנדרש)
- ☐ בקשה לסיווג התשלומים כתשלומים פטורים (רשות)

חתימת העמית*: _____ תאריך חתימה: _____

חתימת בעל רישיון: _____ תאריך חתימה: _____

חתימת אפוטרופוס: _____ תאריך חתימה: _____

נספח ב'
טופס הצטרפות לקופת גמל

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת

שם החברה המנהלת	שם קופת גמל*	קוד קופת גמל	מספר החשבון של העמית בקופה

פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
					☐ ז ☐ נ	רווק / נשוי / גרוש / אלמן / ידוע בציבור

יישוב*	ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד

כתובת דוא"ל	טלפון נייד	טלפון קווי	מעמד
			שכיר/עצמאי/שכיר בעל שליטה/ עצמאי באמצעות מעסיק

פרטי מעסיק:

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

מסלולי השקעה בקופת גמל

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

רכיב תגמולים

מסלולי ההשקעה בקופת הגמל נבדלים ברמת הסיכון והתשואה הצפויה לכספך המושקעים בקופה.

קוד מסלול	שם מסלול השקעה	שיעור מתוך סכום ההפקדה
☐	מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחדל	
☐		
☐		

רכיב פיצויים

קוד מסלול	שם מסלול השקעה	שיעור מתוך סכום ההפקדה
☐	מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחדל	
☐		
☐		

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 בקופה תותנה בקבלת אישור המעסיק.

דמי ניהול בקופת גמל (לא רלוונטי לקופת גמל ענפית)

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

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 הקופה מותנה בהצגת אסמכתה שלפיה דמי הגמולים מההכנסה המבוטחת חושבו לפי שיעור שונה.

פרטי תשלום של עמית עצמאי

סכום הפקדה	תאריך תחילת גבייה	תדירות תשלום
נח		

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 הגמל 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 בכתובת _____ 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 הדיוור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל _____ או לכתובת: _____.

חתימה _____

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קופת הגמל, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קופת הגמל:

פרטי בעל רישיון (לא נדרש בהצטרפות מקוונת)

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

רשימת מסמכים מצורפים

- ☐ 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)
- ☐ טופס הצהרת עמית עצמאי לפי צו איסור הלבנת הון (ככל שנדרש)
- ☐ בקשה לסיווג התשלומים כתשלומים פטורים (רשות)

חתימת העמית*: _____ תאריך חתימה*: _____

חתימת בעל רישיון: _____ תאריך חתימה: _____

חתימת אפוטרופוס: _____ תאריך חתימה: _____

נספח ג'
טופס הצטרפות לקרן השתלמות

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת

שם החברה המנהלת*	שם קרן השתלמות*	קוד קרן השתלמות	מספר החשבון של העמית בקרן

פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין	מצב משפחתי
					☐ ז ☐ נ	רווק / נשוי / גרוש / אלמן / ידוע בציבור

יישוב*	ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד

כתובת דוא"ל	טלפון נייד	טלפון קווי	מעמד
			שכיר/עצמאי/שכיר בעל שליטה/ עצמאי באמצעות מעסיק

פרטי מעסיק:

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

מסלולי ההשקעה בקרן השתלמות

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

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

קוד מסלול	שם מסלול השקעה	שיעור מתוך סכום ההפקדה
☐		
☐		
☐		

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

דמי ניהול בקרן השתלמות (לא רלוונטי בקרן השתלמות ענפית):

שיעור דמי ניהול מצבירה (שנתי)	%
-------------------------------	---

עמית עצמאי

פרטי תשלום של עמית עצמאי

סכום הפקדה	תאריך תחילת גבייה	תדירות תשלום
₪		

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 ההשתלמות 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 בכתובת _____ 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 הדיוור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל _____ או לכתובת: _____.

חתימה _____

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן ההשתלמות, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן ההשתלמות: _____

פרטי בעל רישיון (לא נדרש בהצטרפות מקוונת)

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

רשימת מסמכים מצורפים

- ☐ אישור על עוסק עצמאי הרשום במע"מ
- ☐ 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)
- ☐ טופס הצהרת עמית עצמאי לפי צו איסור הלבנת הון (ככל שנדרש)

חתימת העמית*: _____ תאריך חתימה*: _____

חתימת בעל רישיון: _____ תאריך חתימה: _____

חתימת אפוטרופוס: _____ תאריך חתימה: _____

נספח ד'

טופס מינוי מוטבים בקרן פנסיה או בקופת גמל

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת

שם החברה המנהלת	שם קרן הפנסיה/קופת גמל*	קוד קרן הפנסיה/קופת גמל	מספר החשבון של העמית בקרן/קופה

פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין*	מצב משפחתי
					☐ ז ☐ נ	רווק / נשוי / גרוש / אלמן / ידוע בציבור

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- %*

* ככל שלא ימלא 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 (על פי צו ירושה או צו קיום צוואה)
- ☐ אחר: _____

הערה: בהיעדר שאירים (בקרן פנסיה) 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/ קופת הגמל/ קרן ההשתלמות 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 בכתובת _____ וזאת במקום באמצעות הדואר.

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

ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיוור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל _____ או לכתובת: _____.

חתימת עמית*: _____ תאריך: _____

פרטי בעל רישיון (לא נדרש בהצטרפות מקוונת)

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.

חתימת בעל רישיון: _____ תאריך: _____

FATCA

1. האם את/ה אזרח/ית ארצות הברית¹? כן ☐ לא ☐
2. האם את/ה תושב/ת ארצות הברית לצרכי מס²? כן ☐ לא ☐
3. אם סימנת "כן" בסעיפים 1 ו-2 (באחד מהסעיפים או בשניהם), יש לצרף טופס W9³ ולרשום את מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצרכי מס בארה"ב.
U.S. TIN _____
4. אני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן.

שם: _____
תאריך: _____
חתימה: _____

¹ בכפוף להוראות הדין בארה"ב

² בכפוף להוראות הדין בארה"ב

³ W9- Request for Taxpayer Identification Number and Certification

נספח ח'

הודעה על כוונה להעביר פרטי עמית לשם העברת כספים לחשבונו בקרן פנסיה בה הוא עמית פעיל

לכבוד,

פרטי העמית

הנדון: איחוד חשבונות לא פעילים בקרנות פנסיה אגב הצטרפות לקרן פנסיה

לעיתים קרובות בעת מעבר למקום עבודה חדש, כספי הפנסיה לא ממשיכים להיות מופקדים בקרן הפנסיה שבה חסכת לפני כן, אלא נפתח לך חשבון בקרן פנסיה אחרת. מכיוון שבשוק העבודה המודרני קיימים לא מעט מעברים של עובדים בין מקומות עבודה, יכול להיות שכספי הפנסיה שלך מפוזרים בין מספר קרנות פנסיה.

על מנת לאפשר לך לרכז את כל החשבונות שרשומים לזכותך בקרנות הפנסיה תחת קורת גג אחת, דבר שיפשט עבורך את תמונת המצב לגבי היקף החיסכון. הליך איחוד החשבונות ייעשה בצורה אוטומטית, ללא צורך במעורבות פעילה שלך, אלא אם כן תבחר שלא לבצע אותו.

איך מתבצע הליך איחוד החשבונות?

תחילה נדרש לאתר את הכספים הרשומים על שמך בקרנות פנסיה בהן אתה במעמד לא פעיל. תהליך האיתור יתבצע על ידי העברת פרטיך (ת.ז., תאריך לידה ותאריך פתיחת החשבון) לחברות מנהלות של קרנות פנסיה אחרות. יובהר כי פרטי החשבון שיועברו לחברות מנהלות של קרנות הפנסיה ישמשו אך ורק לאיתור חשבונות בקרנות הפנסיה החדשות שבהם אתה עמית לא פעיל על מנת לבצע את איחוד החשבונות ולא ישמשו לשום צורך אחר.

אם אתה לא מעוניין/ת שפרטיך יועברו מכיוון שאתה לא מעוניין לבצע איחוד בין החשבונות הלא פעילים שלך לבין החשבון שלך בקרן הפנסיה שבניהולנו, באפשרותך למסור לנו הודעה על כך באחת מהדרכים הבאות:

- א. העברת טופס חתום של הבקשה (המצורף למכתב זה) לכתובת הדואר _____ ;
- ב. העברת העתק חתום מטופס הבקשה (המצורף למכתב זה) באמצעות כתובת דוא"ל _____ או באמצעות פקס, שמספרו _____ ;
- ג. כניסה לאזור האישי שלך באתר האינטרנט של החברה בכתובת _____ .

פרטי ההתקשרות של החברה המנהלת:

שם קרן הפנסיה	מספר טלפון	מספר פקס	כתובת	כתובת דואר אלקטרוני

שים לב, אם לא תעביר הודעה על כך שאתה לא מעוניין/ת להעביר את פרטיך האישיים לשם ביצוע איחוד החשבונות עד ליום _____, נעביר את פרטיך לשאר החברות המנהלות של קרנות פנסיה לשם איתור חשבונות לא פעילים שרשומים על שמך בקרנות פנסיה אחרות. בכל מקרה, אם יאותרו חשבונות לא פעילים, יישלח אליך מכתב נוסף שבו תוכל לסרב לביצוע איחוד החשבונות.

16 / 25

רח' עם ועולמו 4, ירושלים 9546304 טל' 02-5317248 פקס' 02-5695342

www.mof.gov.il/hon

בקשה לאי העברת פרטים לשם איחוד חשבונות

לכבוד,

שם החברה המנהלת

פרטי העמית

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות / דרכון

אינני מעוניין/נת לבצע איחוד בין החשבונות המנוהלים על שמי בקרנות הפנסיה השונות.
לפיכך, אני מבקש/ת מהחברה **שלא לפנות** לחברות מנהלות של קרנות הפנסיה אחרות לצורך איחוד חשבונות.

תאריך חתימה: _____

חתימת העמית: _____

נספח ט'

עדכון עמית על העברת כספים מקרנות פנסיה שבהן הוא עמית לא מפקיד לקרן בה הוא עמית מפקיד

לכבוד,

פרטי העמית

הנדון: איחוד חשבונות לא פעילים בקרנות פנסיה אגב הצטרפות לקרן פנסיה

בהמשך להודעה שנמסרה לך בחודש [מועד משלוח ההודעה בהתאם לנספח ח'], הננו מודיעים לך כי אותרו עבורך כספים בחשבונות לא פעילים בקרנות פנסיה שונות. לפיכך, צפוי להתבצע עבורך הליך של איחוד החשבונות הלא פעילים לחשבונך הפעיל.

איחוד החשבונות ירכז את כל החשבונות שרשומים לזכותך בקרנות הפנסיה תחת קורת גג אחת, דבר שיפשט עבורך את תמונת המצב בחיסכון הפנסיוני שלך. ההליך ייעשה בצורה אוטומטית, ללא צורך במעורבות פעילה שלך, אלא אם כן תבחר שלא לבצע איחוד חשבונות.

בהתאם לנתונים שהועברו אלינו מהחברות המנהלות של קרנות הפנסיה האחרות, להלן שמות קרנות הפנסיה האחרות שבהן את/ה במעמד עמית/ה לא פעיל/ה:

שם קרן הפנסיה	שם החברה המנהלת

מאחר שאתה עמית פעיל בקרן הפנסיה [שם הקרן המקבלת], ברצוננו לעדכן אותך כי הכספים הרשומים על שמך בקרנות פנסיה אחרות שבהן את/ה במעמד עמית/ה לא פעיל/ה (כמפורט בטבלה לעיל) ימוזגו לחשבונך בקרן הפנסיה [שם הקרן המקבלת].

אם את/ה לא מעוניין/ת להעביר את הכספים שחסכת בחשבונות הלא פעילים שלך או בחלקם לחשבונך בקרן הפנסיה (שם הקרן המקבלת), באפשרותך למסור הודעה על כך באחת מהדרכים הבאות:

א. העברת טופס חתום של הבקשה (המצורף למכתב זה) לכתובת הדואר _____;

ב. העברת העתק חתום מטופס הבקשה (המצורף למכתב זה) באמצעות כתובת דוא"ל _____ או באמצעות פקס, למספר _____;

ג. כניסה לאזור האישי באתר האינטרנט של החברה בכתובת _____.

בקשה שלא להעביר את החשבונות הלא פעילים לחשבון הפעיל בקרן פנסיה

שים לב, אם לא נקבל ממך הודעה עד ליום _____, על כך שאת/ה לא מעוניין/ת בביצוע איחוד החשבונות, ימוזגו החשבונות הלא פעילים שלך לחשבונך בקרן הפנסיה (שם הקרן).

לכבוד,

שם החברה המנהלת

--

פרטי העמית

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות / דרכון

☐ אני מעוניינת להשאיר את המצב כמות שהוא היום, ולכן אני מבקשת מהחברה **שלא לפעול** להעברת כספים מקרנות פנסיה חדשות בהן אני עמיתה/ לא פעילה/ לקרן הפנסיה החדשה שבניהולך.

☐ אני מעוניינת להעביר **רק חלק** מקרנות הפנסיה הלא פעילות שלי לקרן החדשה שבניהולך, ולכן אני מבקשת מהחברה **לפעול** להעברת כספים מקרנות הפנסיה החדשות הבאות בלבד:

- | | |
|--|--|
| ☐ איילון פנסיה וגמל בע"מ | ☐ כלל פנסיה וגמל בע"מ |
| ☐ אלטשולר שחם גמל ופנסיה בע"מ | ☐ מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ |
| ☐ הלמן אלדובי קופות גמל ופנסיה בע"מ | ☐ מיטב דש גמל ופנסיה בע"מ |
| ☐ הפניקס פנסיה וגמל בע"מ | ☐ מנורה מבטחים פנסיה וגמל בע"מ |
| ☐ הראל פנסיה וגמל בע"מ | ☐ פסגות קופות גמל ופנסיה בע"מ |

(אם קיים חשבון אחד במעמד עמית לא מפקיד - אפשרות זו לא תוצג. אם קיים יותר מחשבון אחד במעמד עמית לא מפקיד - החברה המנהלת תציג אך ורק את הקרנות שבהן העמית מוגדר כעמית לא מפקיד)

חתימת העמית: _____ תאריך חתימה: _____

פרטי ההתקשרות של החברה המנהלת:

שם קרן הפנסיה	מספר טלפון	מספר פקס	כתובת	כתובת אלקטרוני	דואר

נספח י'

טופס בקשה להעברת כספים של עמית לא מפקיד בקרן פנסיה

לכבוד :

(שם החברה המנהלת של הקרן המעבירה)

הנדון : בקשה להעברת כספים ל- (שם החברה המנהלת של הקרן המקבלת)

בקשת העברה

בהתאם להוראות סעיף 24ב לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ה-2005 שעניינן איחוד חשבונות קיימים בקרן פנסיה נבקשכם להעביר את מלוא הכספים שנצברו לזכות העמיתים המפורטים בטבלה שלהלן בקרן הפנסיה שבניהולכם.

שם הקרן המעבירה	מספר אישור הקרן המעבירה	שם הקרן המקבלת	מספר אישור הקרן המקבלת	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.

ולראיה באתי על החתום, היום _____

שם החברה המנהלת של הקרן המקבלת _____

שם שולח ההודעה מטעם החברה המנהלת וחתמתו _____

[את הטבלה שלעיל ניתן להעביר בקובץ Excel שיצורף לבקשה זו.]

נספח יא'

טופס עדכון פרטים אישיים

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת

שם החברה המנהלת	שם קרן הפנסיה/קופת הגמל*	קוד קרן הפנסיה/קופת הגמל	מספר החשבון של העמית בקרן/בקופה

פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	מס' זהות / דרכון*

יישוב*	ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד

פרטי בעל רישיון

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

להלן הפרטים שברצוני לעדכן (נא ציין אך ורק את הפרטים שברצונך לערוך בהם שינויים):

פרטי עמית:

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות / דרכון	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
					רווק / נשוי / גרוש / אלמן / ידוע בציבור

יישוב	ת.ד.	רחוב	בית	דירה	מיקוד

כתובת דוא"ל	טלפון נייד	טלפון קווי

פרטי בן / בת זוג

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות / דרכון	תאריך לידה	מין

פרטי ילדים עד גיל 21 (בקרן פנסיה)

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות / דרכון	תאריך לידה	מין

מסמכים מצורפים

☐ תעודת זהות (כולל ספח)/דרכון (לתושב זר)**

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/ קופת הגמל/ קרן ההשתלמות 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 בכתובת _____ וזאת במקום באמצעות הדואר.

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

ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיזור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל _____ או לכתובת: _____.

חתימת העמית*: _____ תאריך חתימה: _____

חתימת בעל רישיון: _____ תאריך חתימה: _____

** למעט בבקשה שהוגשה דרך האזור האישי באתר האינטרנט של החברה ולאחר שהעמית עבר את שלבי הזיהוי הנדרשים.

נספח יב'
טופס עדכון פרטי ביטוח

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת

שם החברה המנהלת	שם קרן הפנסיה/קופת הגמל*	קוד קרן הפנסיה/קופת הגמל	מספר החשבון של העמית בקרן/בקופה

פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	מס' זהות / דרכון*

יישוב*	ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד

פרטי בעל רישיון

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

מסלול ביטוח בקרן

	שם מסלול הביטוח	גיל הפרישה במסלול
☐		
☐		
☐		
☐		
☐		
☐		

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

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 וינכד דמי ביטוח מחשבוני, 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/ת לחדש כיסוי ביטוחי זה.

שים לב! בן/בת זוג הוא מי שנשוי לעמית ומתגורר עמו או מי שמנהל עם העמית משק בית משותף.

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

נא סמן את האפשרויות הרצויות :

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

מסמכים מצורפים

☐ תעודת זהות (במקרה של ויתור על כיסוי ביטוחי)

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 בכתובת _____ וזאת במקום באמצעות הדואר.

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

ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיוור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל _____ או לכתובת: _____.

חתימת העמית*: _____ תאריך חתימה*: _____

חתימת בעל רישיון: _____ תאריך חתימה: _____

בקובץ נפרד

נספח יג'1 - דף מידע לקרן פנסיה

נספח יג'2 - דף מידע לקופת גמל

נספח יג'3 - דף מידע לקרן השתלמות