

טופס הצטרפות לקרן פנסיה מקיפה

יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. תעודת זהות ביומטרית, יש להעביר צילום של שני הצדדים.
חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת		
שם החברה המנהלת*	שם קרן הפנסיה*	קוד קרן הפנסיה
אלטשולר שחם גמל ופנסיה בע"מ	אלטשולר שחם פנסיה מקיפה	513173393-00000000001328-0000-000

פרטי העמית						
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	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	מעמד*	שכיר / עצמאי / שכיר בעל שליטה / 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 מעסיק			
שם המעסיק*	כתובת המעסיק	מספר טלפון*	ח.פ / עוסק מורשה

מסלולי ביטוח בקרן			
	שם מסלול הביטוח	גיל הפרישה במסלול	
<input type="checkbox"/>	מסלול כללי	64 לאישה, 67 לגבר	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>מסלולי הביטוח בקרן פנסיה נבדלים זה מזה בהיקף הכיסוי הביטוחי הניתן למקרה נכות או פטירה</p> </div>
<input type="checkbox"/>	מסלול עתיר חיסכון	64 לאישה, 67 לגבר	
<input type="checkbox"/>	מסלול עתיר נכות ושארים	64 לאישה, 67 לגבר	
<input type="checkbox"/>	מסלול עתיר נכות ושארים	60	
<input type="checkbox"/>	מסלול עתיר נכות	64 לאישה, 67 לגבר	
<input type="checkbox"/>	מסלול עתיר שאריום	64 לאישה, 67 לגבר	
<input type="checkbox"/>	מסלול עתיר נכות לגיל 67	67	
<p>שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי הביטוח המפורטים בטבלה, תבוטח במסלול הביטוח עתיר נכות לגיל 67.</p>			

ויתור על כיסוי ביטוחי למקרה מוות (עמית שגילו עד 60)

- 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 וינוכח 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)

נא סמן/י את האפשרויות הרצויות:

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

מסלול השקעה בקרן

סמן/י את מסלול ההשקעה המבוקש:

רכיב תגמולים

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

שם מסלול השקעה	קוד מסלול	
מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחדל		<input type="checkbox"/>
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה לבני 50 ומטה	9757	<input type="checkbox"/>
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה לבני 50 עד 60	9758	<input type="checkbox"/>
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה לבני 60 ומעלה	9759	<input type="checkbox"/>
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה מסלול הלכה	9760	<input type="checkbox"/>

רכיב פיצויים

שם מסלול השקעה	קוד מסלול	
מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחדל		<input type="checkbox"/>
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה לבני 50 ומטה	9757	<input type="checkbox"/>
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה לבני 50 עד 60	9758	<input type="checkbox"/>
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה לבני 60 ומעלה	9759	<input type="checkbox"/>
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה מסלול הלכה	9760	<input type="checkbox"/>

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

תדירות תשלום	תאריך תחילת גבייה	סכום הפקדה
	/ /	₪

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 Sherut@altshul.co.il או לכתובת: הברזל 19 א', רמת החייל, תל אביב 6971026.

חתימה: _____

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

פרטי בעל רשיון (לא נדרש בהצטרפות מקוונת)

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

רשימת מסמכים מצורפים

<input type="checkbox"/>	הצהרת בריאות (בכפוף לשיקול הדעת של החברה המנהלת)
<input type="checkbox"/>	ייפוי כח - בהתאם להוראות הממונה
<input type="checkbox"/>	מסמך הנמקה - בהתאם להוראות הממונה
<input type="checkbox"/>	טופס הוראה לחיוב חשבון - עצמאי (רשות)
<input type="checkbox"/>	הוראה להפקדה חד פעמית - עצמאי (רשות)
<input type="checkbox"/>	כתב מינוי אפוטרופוס - (חובה ככל שאפוטרופוס מעורב בתהליך)
<input type="checkbox"/>	טופס בקשה להעברת כספים - בהתאם להוראות הממונה (רשות)
<input type="checkbox"/>	תעודת זהות כולל ספח
<input type="checkbox"/>	בקשה לסיווג התשלומים כתשלומים פטורים (רשות)

תארימת העמית*:
 _____ x _____ תאריך*:
 ____ / ____ / ____

תארימת בעל רשיון*:
 _____ x _____ תאריך*:
 ____ / ____ / ____

תארימת אפוטרופוס*:
 _____ x _____ תאריך*:
 ____ / ____ / ____

איך תדאגי לפנסיה שלך?

קרן הפנסיה שלך תעניק לך קצבה חודשית לאחר פרישה מעבודה, וכיסוי ביטוחי למקרה שלא תוכלי להמשיך לעבוד או למקרה מוות

1. ביטוח בקרן הפנסיה*

קרן הפנסיה שלך מספקת שני סוגים של כיסויים ביטוחיים במהלך תקופת העבודה: ביטוח למקרה נכות – אם לא תוכלי להמשיך לעבוד כתוצאה ממצב רפואי מתמשך, תוכלי לקבל מקרן הפנסיה קצבה חודשית לתקופת הנכות.

ביטוח למקרה מוות – אם תלך/תלכי לעולמך חס וחלילה בן/בת הזוג שלך יקבל קצבה חודשית מהקרן לכל ימי חייו/חייה וילדיך יקבלו קצבה חודשית עד גיל 21.

- תוכלי לבחור מסלול ביטוח בקרן המתאים לצרכיך בכל עת באמצעות שליחת בקשה בעניין לקרן.
- אם אין לך בת/בן זוג וילדים, באפשרותך לוותר על כיסוי ביטוחי למקרה מוות. שים/שימי לב, עליך לחזור וליידע את הקרן כל שנתיים שלא חל שינוי במצבך, כדי שלא יגבו ממך את עלות הביטוח מחדש.
- בחמש השנים הראשונות בקרן פנסיה לא תקבלי/י פיצוי אם מקרה הביטוח נובע ממחלה שהייתה לך לפני שהצטרפת לקרן פנסיה.

שים/שימי לב!

- באפשרותך לשמור על הכיסוי הביטוחי מקרנות קודמות שצברת לאורך תקופת החיסכון ולהוזיל את עלויות הביטוח באמצעות העברת הכספים לקרן החדשה שלך.
- הפסקת הפקדות לקרן מבטלת את הכיסוי הביטוחי ולא תוכלי להשיג לאחר מכן את אותם התנאים. במקרה של הפסקת עבודה (לדוגמה, בעקבות חופשת לידה מעל 5 חודשים), ניתן לשמור על רציפות הכיסוי הביטוחי למשך תקופה מוגבלת, ע"י תשלום עבור הכיסוי הביטוחי בלבד.

* האמור לעיל רלוונטי לקרן פנסיה מקיפה "אלטשולר שחם פנסיה מקיפה".

2. חיסכון בקרן פנסיה

- הקצבה החודשית שלך בפנסיה תיקבע בהתאם לסכום שמופקד לחיסכון מדי חודש, הרווח ששיגי הכסף שלך, ובניכוי דמי ניהול ועלות הכיסוי הביטוחי.
- חיסכון לתקופה ארוכה יותר, דמי ניהול נמוכים יותר, ואי משיכת כספים לאורך תקופת החיסכון יבטיחו לך קצבה חודשית גבוהה יותר.
- לבחירתך עומדים מספר מסלולי השקעה בקרן הפנסיה.

שים/שימי לב!

משיכת פיזיים עלולה להקטין את הקצבה החודשית שלך בכ-40%.

3. דמי ניהול בקרן פנסיה

- עבור ניהול כספי החיסכון שלך תשלם דמי ניהול לקרן הפנסיה.
- להלן דמי הניהול הממוצעים הנגבים מעמיתים בקרן "אלטשולר שחם פנסיה":

מההפקדה החודשית	מסך החיסכון	דמי ניהול ממוצעים בקרן בשנת 2016
3.27%	0.31%	אלטשולר שחם פנסיה מקיפה
3.10%	0.87%	אלטשולר שחם פנסיה כללית

שים/שימי לב!

שיעור דמי הניהול משפיע על גובה החיסכון שיעמוד לרשותך בגיל פרישה.

הצהרת נריאות

שם מלא: _____ תעודת זהות: _____

שאלון הצהרה על מצב נריאות: יובהר כי שאלון רפואי זה מהווה חלק בלתי נפרד מבקשת ההצטרפות כעמית לקרן הפנסיה "אלטשולר שחם פנסיה מקיפה" (מ"ה 1328) שבניהול אלטשולר שחם גמל ופנסיה בע"מ.
 נא לסמן ✓ לכל שאלה בעמודה המתאימה (כל הנכתב בלשון זכר הינו מטעמי נוחות בלבד ומתייחס גם לנקבה):

חלק א':

רקע רפואי ואורח חיים		
1	האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק) אם כן נא פרט: אני מעשן כעת _____ במשך _____ שנים הפסקתי לעשן ב _____ (נא לציין מתי), עישנתי _____ סיגריות ליום	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
2	האם הנך שותה אלכוהול, באופן קבוע, יותר מ-2 כוסות ליום?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
3	האם הנך צורך סמים בהווה או צרכת סמים בעבר?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
4	האם ב-3 שנים האחרונות אושפזת ו/או עברת ניתוח ו/או האם יעצו לך לעבור ניתוח?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
5	האם נקבעה לך נכות כלשהי ו/או הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות ו/או לקבלת אחוזי נכות ו/או הנך מתכוון להגיש תביעת נכות מכל סוג?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
6	האם הנך מקבל טיפול תרופתי בתדירות קבועה (לכל הפחות פעם בחודש, למעט גולות הריון ותוספי מזון) ב-10 השנים האחרונות כתוצאה ממחלה או בעיה כרונית?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

נא לפרט: גובה _____ ס"מ, משקל _____ ק"ג

חלק ב':

האם אובחנת או הנך מאובחן באחת או יותר מהמחלות / ההפרעות / ליקויים במערכות המפורטות להלן:		
1	מערכת העצבים, המוח	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
2	האם אובחנת במחלת נפש - לרבות דיכאון, חרדות, תסמונת פוסט טראומטית	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
3	גידולים, מחלות ממאירות לרבות סרטן	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
4	מערכת הריאות ודרכי הנשימה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
5	מערכת הדם, מערכת הלב, כלי דם	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
6	יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
7	מערכת העיכול, הכבד, לבלב, כיס מרה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
8	מערכת הכליות	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
9	סכרת	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
10	מחלת איידס (HIV) או נשא של מחלת איידס	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
11	מערכת השלד, השרירים, המפרקים	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

אם סימנת "כן" באחת מן השאלות לעיל, נא פרט וצרף מסמכים רפואיים המתייחסים למצב רפואי זה

הצהרת המועמד

ידוע לי כי ככל שהצטרפתי באופן עצמאי מבלי שעברתי הליך יעוץ או שיווק פנסיוני על ידי בעל רשיון, ויקבעו לי החרגות רפואיות בשל מצב בריאות לקוי, המשך תהליך ההצטרפות לקרן הפנסיה יהיה מחויב ביעוץ או בשיווק פנסיוני על ידי בעל רשיון.

הנני מצהיר כי אני בכושר עבודה מלא לעבודה ולא הייתי בלתי כשיר לעבודה במשך 12 החודשים האחרונים. הנני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי הם מלאים, נכונים ומדויקים. ברור לי כי ככל שיתברר כי הפרטים שמסרתי בהצהרה זו, כולם או חלקם, אינם הפרטים הנכונים והמלאים לגבי מצב בריאותי במועד ההצהרה, לא אהיה זכאי לפנסייט נכות ושאריו לא יהיו זכאים לפנסייט שאירים, ככל שהנכות או הפטירה, לפי העניין, אירועו כתוצאה ממצבי הבריאותי, שעליו לא דיווחתי כנדרש, דיווח מלא, נכון ומדויק.

שם מלא: _____ תעודת זהות: _____

תאריך: ____ / ____ / ____ חתימה: _____ X

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן בזאת לחברה ו/או למי מטעמה הרשאה בלתי חוזרת לפנות לכל גוף לרבות גוף ציבורי כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, לרבות למוסד לביטוח לאומי או לרשויות המס או למשרד הביטחון, ו/או למעסיקי ו/או לכל מוסד רפואי בארץ לרבות עובדין, רופאיו וכל מי שפועל בשמו בישראל או בחו"ל, לרבות קופות חולים, בתי חולים כללים או פסיכיאטרים או שיקומיים על כל עובדיהם ו/או רופאיהם בכל מחלקותיהם וסניפיהם, כדי לקבל את כל הפרטים המצויינים בידם ללא יוצא מן הכלל ובכלל זה כל מידע על מצבי הבריאותי ו/או בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הכלכלי ו/או השיקומי, לרבות בכל עניין הקשור לעבודתי ו/או כל מידע נדרש אחר בנוגע למצבי ו/או מחלותי ו/או זכאותי לאחוזי נכות, בכל זמן שהוא בהווה ו/או בעבר. הריני משחרר בזה כל גוף הנזכר לעיל מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למסירת מידע כאמור, ומתיר להם בזאת ליתן לכם את המידע המפורט לעיל. עם חתימתי עם כתב ויתור זה, הריני מצהיר כי לא תהיינה לי כל טענות ו/או תביעות מסוג כלשהו כלפי המוסדות הנ"ל או עובדיהם או נותני השירות שלהם או מטעמם, בקשר למסירת מידע כאמור. האמור בכתב ויתור זה מחייב גם את עזבוני ו/או שאירי ו/או מוטביי ו/או באי כוחי החוקיים. וכל מי שיבוא במקומם, בכפוף לתקנון הקרן. חתימתי על כתב ויתור זה נעשתה מרצוני החופשי ואחר שהבנתי את האמור בו.

תאריך: ____ / ____ / ____ חתימת המועמד: _____ X