

כל האמור בלשון זכר משמעו גם בלשון נקבה ולהיפך

מס' פקס בהראל פנסיה: 03-7348048
ניתן לוודא את קבלת הפקס. כ-3 שעות לאחר המשלוח בטל. 1-700-70-28-70

לכבוד:

שם קופת הגמל המעבירה

שם הגוף המנהל של קופת הגמל המעבירה

הנדון: **בקשה להעברת כספים ל-"הראל גילעד פנסיה"** מס' אישור מס הכנסה: 1/214

א פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.
כתובת: רח'	מס' ישוב	מיקוד
בהעברה מקופת גמל שאינה קרן חדשה זכאית לקרן חדשה זכאית - הסכום המירבי שניתן להעביר לפי תקנה 2 (ד) (1) לתקנות, בעד כל שנת ותק בקופה המעבירה הוא: ₪ _____		
<input type="checkbox"/> מעמד שכיר	<input type="checkbox"/> מעמד עצמאי	<input type="checkbox"/> פעיל
<input type="checkbox"/> מעמד שכיר	<input type="checkbox"/> מעמד עצמאי	<input type="checkbox"/> לא פעיל

מצ"ב בקשתו של המבוטח: _____ להעברת כספים מחשבונו אצלכם, כמפורט להלן.
שם המבוטח

בהמשך לבקשה, אנו מתחייבים בזאת, בהתחייבות בלתי חוזרת, לקבל את הכספים ולשאת באחריות הביטוחית לגבי המבוטח
שם המבוטח

בכפוף לאמור בטופס לעניין הכיסוי הביטוחי בקופת הגמל המקבלת החל במועד הקובע, כהגדרתו בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל, העברת כספים בין קופות), התשס"ח-2008 (להלן "המועד הקובע" ו-"התקנות", בהתאמה).

ב בקשת העברה

1. אני מצהיר כי קיבלתי את התנאים לעניין הכיסוי הביטוחי ב-"הראל גילעד פנסיה"
וכי הוסברו לי תנאים אלה, ככל שנקבעו תנאים כאמור.

חתימת המבוטח: _____

2. אני מבקש להעביר את מלוא הכספים שנצברו לזכותי בחשבון קופת הגמל: _____ מס' חשבון: _____
שם קופת הגמל המעבירה מס' החשבון בקופת הגמל המעבירה

ל-"הראל גילעד פנסיה" מס' חשבון / ת.ז. _____ במעמד: עצמאי שכיר

לפי התקנות ולאחר שקראתי בעיון את התנאים שנקבעו לעניין הכיסוי הביטוחי בקופת הגמל המקבלת והוסברו לי תנאים אלו היטב, ככל שנקבעו תנאים כאמור.

לחלופין, אני מבקש להעביר: _____ מתוך הכספים שנצברו לזכותי בחשבוני בקופת הגמל: _____
סכום להעברה או % מסך היתרה בחשבון

ל-"הראל גילעד פנסיה" מס' חשבון: _____ שם קופת הגמל המעבירה
מס' החשבון בקופת הגמל המעבירה

מס' חשבון / ת.ז. _____ במעמד: עצמאי שכיר

לפי התקנות ולאחר שקראתי בעיון את התנאים שנקבעו לעניין הכיסוי הביטוחי בקופת הגמל המקבלת והוסברו לי תנאים אלו היטב, ככל שנקבעו תנאים כאמור.

3. אני נותן בזה את הסכמתי לכך שתמסרו את כל הפרטים, הנתונים והמסמכים שיש לכם לגבי, ובכלל זה פירוט בדבר התנאים או הסייגים שנקבעו לגבי בקופה המעבירה לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכוני מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכוני נכות - ככל שנקבעו, ואשר נדרשים לפי הוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר לפי סעיף 23 (ד') לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ה-2005, ל-"הראל גילעד פנסיה בע"מ".

4. ידוע לי כי החל במועד הקובע ואילך תהיו פטורים מלשלם לי כל תשלום שהוא, לרבות בשל חבות ביטוחית הנובע מהכספים שהועברו לקופת הגמל המקבלת.

* לכל מונח במסמך זה תהא המשמעות הנודעת לו בתקנות, אלא אם כן נקבע בו במפורש אחרת.

5. אני מצהיר, כי למיטב ידיעתי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו מתקיימים כל התנאים המפורטים להלן:

א. לא קיים צו עיקול על חשבוני ב- _____ שם קופת הגמל המעבירה
במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל;

ב. לא קיים שיעבוד שנעשה כדן על חשבוני ב- _____ שם קופת הגמל המעבירה
במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל;

ג. לא קיימת בחשבוני ב- _____ שם קופת הגמל המעבירה
יתרת חוב בשל הלוואה שטרם נפרעה במלואה;

ד. לא התחלתי לקבל קצבת זקנה מ- _____ בגין הסכום להעברה;
שם קופת הגמל המעבירה

ה. לא הגשתי בקשה לקבלת קצבת נכות מ- _____ שם קופת הגמל המעבירה
שעודה תלויה ועומדת ולא אושרה זכאותי לקבלת קצבת נכות

מ- _____ שטרם פקעה;
שם קופת הגמל המעבירה

ידוע לי כי ככל שמתקיימים לגביי במועד חתימתי על בקשת העברה זו ועד למועד ההעברה אחד מהתנאים האמורים, תבוטל בקשת ההעברה ולא תבוצע העברת כספים ל- "הראל גילעד פנסיה".

6. **לגבי מבוטח-עצמאי/שכיר פעיל בלבד:**

ידוע לי כי בקשתי האמורה מותנית בכך שלא יחלפו למעלה מ-120 ימים ממועד הגשת הבקשה ועד למועד שבו יפקדו בשלי לראשונה ב-"הראל גילעד פנסיה" כספים, אלא אם כן אודיע ל-"הראל ניהול קרנות פנסיה בע"מ" כי לא יפקדו בשלי כספים ב-"הראל גילעד פנסיה", בתוך התקופה האמורה.

חתימת המבוטח: _____

תאריך: _____

אני מבקש כבר עכשיו להודיע כי לא יפקדו בשלי כספים ל-"הראל גילעד פנסיה" בתוך 120 ימים ממועד חתימתי על בקשה זו.

ידוע לי כי בהודעתי זו אחשב לעניין המועד הקובע כעמית לא פעיל.

חתימת המבוטח: _____

תאריך: _____

7. אני מצהיר כי למיטב ידיעתי הקופה המעבירה לא קבעה לגבי תנאים או סייגים לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכוני מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכוני נכות.

אני מצהיר כי למיטב ידיעתי הקופה המעבירה קבעה לגבי תנאים או סייגים לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכוני מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכוני נכות.

ידוע לי כי ככל שנקבעו לגבי תנאים או סייגים לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכוני מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכוני נכות אחוייב בצבירת תקופת אכשרה מחדש בקרן המקבלת.

חתימתי על בקשה זו נעשית לאחר שקראתי אותה בעיון ותוכנה הוסבר לי היטב, ולאחר ששקלתי את האמור בה וגמרתי אומר להתחייב בה.

לידיעתך, בקשת העברה זו ניתנת לביטול תוך 18 ימי עסקים ממועד שנמסרה הודעה לגביה לקופה המעבירה. הביטול יעשה ע"י חתימה על טופס הודעת הביטול המצורף והעברתו לקופה המעבירה (הקופה ממנה מועברים הכספים). העברת הטופס אפשרית, בין היתר, בפקס, בדואר או בדוא"ל.

חתימת המבוטח: _____

תאריך: _____

ולראיה, באתי על החתום,

טופס לעניין הכיסוי הביטוחי בקופת גמל מקבלת שהיא קופת גמל משלמת לקצבה

(מבוטח-עצמאי או מבוטח-שכיר)

נספח ב' (סעיף 3 ב')

כל האמור בלשון זכר משמעו גם בלשון נקבה ולהיפך

לכבוד:

פרטי המבוטח		שם פרטי		שם משפחה	
מספר ת.ז.		מס'		כתובת: רח'	
סטטוס בקופה המעבירה		מיקוד		ישוב	
<input type="checkbox"/> מעמד שכיר <input type="checkbox"/> מעמד עצמאי	<input type="checkbox"/> פעיל <input type="checkbox"/> לא פעיל				

לאחר שבדקנו את עמידתך בכללי ההצטרפות ל- "הראל גילעד פנסיה", מס' אישור מס הכנסה: 1/214 (להלן "הקופה"), בהתאם לקבוע בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל, העברת כספים בין קופות גמל) התשס"ח-2008, ובהוראת הממונה על שוק ההון לעניין העברת כספים בין קופות גמל, הננו מתכבדים להודיעך כי אנו מתחייבים בזאת בהתחייבות בלתי חוזרת לשאת באחריות הביטוחית לגביך לפי הכיסויים הביטוחיים בקופה המקבלת, החל מהמועד הקובע, וזאת לפי תקנון הקופה או הפוליסה, לפי העניין, ובכפוף לתנאים ולסייגים שיפורטו להלן לעניין הכיסוי הביטוחי, לסיכוני מוות, או הכיסוי הביטוחי לסיכוני מוות:

- הכיסויים הביטוחיים בקרן המקבלת לא יכללו, לכל תקופת הביטוח שלך בקרן, כיסוי ביטוחי למקרה נכות ו/או מקרה פטירה שייגרמו כתוצאה ממחלות הקיימות אצלך במועד חתימתך על טופס המעבר ולגביהן הצהרת במסגרת הבריאות המצורפת למסמך זה, אלא אם תודיע לך הקופה המקבלת בכתב אחרת.
- הכיסויים הביטוחיים בקרן המקבלת לא יכללו, לכל תקופת הביטוח שלך בקרן, כיסוי ביטוחי למקרה נכות ו/או פטירה בגין מחלות שהוחרגו ו/או סויגו בקרן המעבירה, אלא אם תודיע לך הקופה המקבלת בכתב אחרת.

לידיעתך, הכיסוי הביטוחי יינתן לפי הקבוע בתקנון הקופה או בפוליסה, לפי העניין, ובכפוף לתנאים ולסייגים שפורטו לעיל בלבד, ואם לא פורטו תנאים או סייגים לעניין הכיסוי הביטוחי - יינתן הכיסוי הביטוחי הקבוע בתקנון הקופה או בפוליסה, לפי העניין.

ולראיה, באנו על החתום,

שם הגוף המנהל של קופת הגמל המקבלת: **הראל ניהול קרנות פנסיה בע"מ**

חתימה: _____

שם החותמים בשם הגוף המנהל: _____

תאריך: _____

לכבוד: שם הגוף המנהל של קופת הגמל המעבירה _____
שם קופת הגמל המעבירה _____

בהמשך לבקשתי להעברת כספים מקופת הגמל: שם קופת הגמל המעבירה _____
מס' חשבון / פוליסה _____

לקופת הגמל: שם קופת הגמל המקבלת _____
מס' אישור מס הכנסה של קופת הגמל המקבלת _____

אני מודיע בזאת כי בקשתי מבוטלת.

ולראיה, באתי על החתום,

תאריך: _____ שם העמית: _____ מס' ת.ז. _____ חתימה: _____

לידיעתך, בקשת העברה זו ניתנת לביטול תוך 18 ימי עסקים ממועד שנמסרה הודעה לגביה לקופה המעבירה, ע"י חתימה על טופס זה והעברתו לקופה המעבירה (הקופה ממנה מועברים הכספים). העברת הטופס אפשרית, בין היתר, בכס, בדואר או בדוא"ל.

כל האמור בלשון זכר משמעו גם בלשון נקבה ולהיפך

מס' פקס בהראל פנסיה: 03-7348048
ניתן לוודא את קבלת הפקס. כ-3 שעות לאחר המשלוח בטל. 1-700-70-28-70

אני, הח"מ, פונה בזאת ל- **הראל ניהול קרנות פנסיה בע"מ** ו/או **מנוף ניהול קרנות פנסיה בע"מ** (להלן יקראו כל אחת בנפרד וכולן ביחד "הראל קרנות פנסיה"), בבקשה להצטרף לקרן או קרנות פנסיה שבניהולן בהתאם למבוקש להלן:

א פרטי הבקשה

תאריך הבקשה: _____

בקשת הצטרפות ראשונה בקשת המשך חברות בקשת הצטרפות ראשונה והעברת כספים ממוצר פנסיוני: _____

<p>פנסיה מקיפה</p> <p><input type="checkbox"/> הראל גילעד פנסיה <input type="checkbox"/> הראל מנוף פנסיה (להלן: "הקרן")</p>	<p>פנסיה כללית</p> <p><input type="checkbox"/> הראל פנסיה כללית (מסלול יסוד) (להלן: "הקרן הכללית")</p>	<p>המבוטח</p> <p><input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> בעל שליטה</p>	<p>מסלול הפנסיה לקרנות הפנסיה המקיפות בלבד</p> <p><input type="checkbox"/> נכות מוגדלת 75% <input type="checkbox"/> עתיר שאירים <input type="checkbox"/> עתיר חיסכון</p> <p>במקרה שלא נבחר מסלול, מסלול הביטוח בו תבוטח עפ"י ברירת מחדל הוא נכות מוגדלת 75%.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ב פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
כתובת: רח'	מס'	ישוב	מיקוד	נ	א
טלפון בית	טלפון עבודה	טלפון נייד	מקצוע / עיסוק		
e-mail					

ג בני המשפחה

הקרבה	בן / בת זוג	מספר ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
ילד 1					
ילד 2					
ילד 3					

ד מוטבים בהעדר שאירים זכאים לפנסיה, הריני ממנה בזה, לאחר מותי, כזכאים להחזר כספים מהקרן את:

הקרבה	מספר ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	חלק ההחזר ב-%
הקרבה				חלק ההחזר ב-%

ה פרטי המעסיק

שם המעסיק	ת.ז. / ח"פ / ח"צ	טלפון	פקס	איש קשר
כתובת: רח'	מס'	ישוב	מיקוד	e-mail

ו מסלול הביטוח

<p>מבוטח שכיר</p> <p>שכר מבוטח: _____ ₪</p>	<p>מבוטח שכיר פנסיית חובה</p> <p>במקרה שלא נבחר מסלול הביטוח, מסלול ברירת המחדל הוא נכות מוגדלת 75%.</p> <p><input type="checkbox"/> שיעורי הפרשה על פי צו הרחבה אחר: <input type="checkbox"/></p>	<p>מבוטח עצמאי</p> <p>אני מורה לכם לחייב את חשבוני בבנק (על פי ההרשאה המצורפת) מידי חודש כדלקמן: דמי הגמולים עבור החודש הראשון: _____ ₪</p> <p>תשלום חודשי צמוד למדד: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>																		
<table border="1"> <tr> <th>חלוקה</th> <th>עובד</th> <th>מעביד</th> </tr> <tr> <td>פיצויים</td> <td></td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>תגמולים</td> <td>_____ %</td> <td>_____ %</td> </tr> </table>	חלוקה	עובד	מעביד	פיצויים		_____ %	תגמולים	_____ %	_____ %	<table border="1"> <tr> <th>חלוקה</th> <th>עובד</th> <th>מעביד</th> </tr> <tr> <td>פיצויים</td> <td></td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>תגמולים</td> <td>_____ %</td> <td>_____ %</td> </tr> </table>	חלוקה	עובד	מעביד	פיצויים		_____ %	תגמולים	_____ %	_____ %	
חלוקה	עובד	מעביד																		
פיצויים		_____ %																		
תגמולים	_____ %	_____ %																		
חלוקה	עובד	מעביד																		
פיצויים		_____ %																		
תגמולים	_____ %	_____ %																		

ז הסדר פנסיית נכות מתפתחת

הנני מבקש להצטרף להסדר פנסיית נכות מתפתחת, המזכה אותי בקרות אירוע נכות בתשלום פנסיית נכות שתתעדכן בשיעור חודשי של 0.165% (2% שנתי).

תאריך: _____

חתימת המבוטח: _____

* ניתן לבחור בהסדר "פנסיית נכות מתפתחת" בכל מסלולי הביטוח, למעט במסלול עתיר חיסכון.

אפיק כללי (ברירת מחדל) אפיק ממוקח הלכתית (כשר) אפיק ללא מניות אפיק מניות (50%)

מסלול אפיק השקעה ממוקח הלכתית (כשר) - ממוקח ע"י ועד הפיקוח ההילכתי לפיננסים ותשימיש קדושה שע"י בד"ץ העדה החרדית ירושלים בע"מ.

חתימת המבוטח: _____

ידוע לי כי בחירתי באפיק השקעה שאינו אפיק ברירת המחדל תבוצע רק בהתקיים לפחות אחד משני הסעיפים הבאים:

- קיים הסכם בין המעסיק למבוטח לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין תשכ"ג-1963 (מצ"ב ההסכם).
 הסכמת המעסיק כדלקמן: הני מסכים בזאת כי תמהיל אפיק ההשקעות על כספי הפיצויים יקבע ע"י המבוטח.

חתימת המבוטח: _____

חתימה וחתימת המעסיק: _____

תאריך: _____

ו יתור על כיסוי ביטוחי לשאירים

אני מבקש בזאת לוותר על פנסיית השאירים בקרן, לכן אני מצהיר כלהלן (בחר את האפשרות המתאימה לך):
 אין לי בת זוג ויש לי ילד/ים/שגיל/ם פחות מ-21 ו/או ילד שאינו מסוגל לכלכל את עצמו מפאת נכות שלקה בה טרם הגיעו לגיל 21. ולפיכך ברצוני לוותר על הכיסוי הביטוחי לבן/בת הזוג בלבד.

אין לי בת זוג ואין לי ילד/ים/שגיל/ם פחות מ-21 ו/או ילד שאינו מסוגל לכלכל את עצמו מפאת נכות שלקה בה טרם הגיעו לגיל 21. ולפיכך ברצוני לוותר על הכיסוי הביטוחי לפנסיית השאירים.

ידוע לי כי במסלול הביטוח בו אני מבוטח לא יינתן כיסוי ביטוחי לשאירים שלגביהם סומן היתור.

עוד ידוע לי כי היתור על פנסיית השאירים הוא ל-24 חודשים, וככל שאהיה מעוניין להמשיך בביטוח ללא כיסוי לשאירים, יהא עלי לחדשו לפני סיומו. אם יחול שינוי במצבי המשפחתי כפי שהוצהר לעיל, יהיה עלי להודיע לכם על כך תוך 90 יום ממועד שינוי הסטטוס, שאם לא כן, תהיה קרן הפנסיה פטורה מתשלום קצבה לשאירי.

חתימת המבוטח: _____

תאריך: _____

ז הסכם צירוף/המשך חברות בקרן הפנסיה המקיפה והכללית

הואיל: והקרן היא קרן פנסיה מקיפה שקיבלה את אישור פעולתה ממשרד האוצר והיא מנוהלת בידי **הראל קרנות פנסיה** שהיא מבטח מורשה. לפיכך הוסכם בין הצדדים כדלקמן:

- המבוא להסכם זה מהווה חלק בלתי נפרד ממנו.
- המבוטח יצטרף לקרן בהתאם להסכם זה ולהצהרותיו בהסכם זה ובטופס הצטרפות, ובהתאם להוראות תקנון קרן הפנסיה כפי שתהיינה בתוקף מעת לעת, ושתהווה חלק בלתי נפרד מהסכם זה (להלן - "התקנון") וכפוף להוראות הדין.
- המבוטח יפקיד או יפעל להבטיח כי מעסיקו יפקיד בגינו לקרן דמי גמולים מדי חודש בחודשו בעד החודש החולף אך לא יאוחר מהמועד הקבוע בחוק.
- למבוטח ידוע כי בקרן הפנסיה המקיפה ההפקדה השוטפת לא תעלה על הסכום המותר על פי הוראות הדין (להלן: "תקרת ההפקדה"). יתרת דמי הגמולים שמעבר לתקרת ההפקדה יעברו לקרן הפנסיה הכללית המנוהלת ע"י החברה המנהלת של קרן הפנסיה ככל שקיימת, ואם לא קיימת, **להראל פנסיה כללית**.
- המבוטח נותן בזאת הוראה בלתי חוזרת לנכות משכרו את דמי הגמולים בהתאם למתחייב בחוק, בהסכם זה ובטופס הצטרפות.
- עמית עצמאי יודיע לקרן על מועד הפסקת העברת דמי גמולים על ידו.
- ידוע לי כי הצטרפותי לקרן הפנסיה או המשך חברותי בה מותנות באישור **הראל קרנות פנסיה** בהתאם לאמור בתקנון ובהוראות הדין.

חתימת המבוטח: _____

תאריך: _____

ח הצהרת המעסיק

אני ה"מ, המעסיק של המועמד לביטוח בקרן, מאשר כי אעביר את דמי הגמולים בגין העובד לקרן הפנסיה המקיפה ו/או לקרן הפנסיה הכללית בהתאם לבחירת העובד בטופס זה כמתחייב בהוראות הדין.

חתימה וחתימת המעסיק: _____

תאריך: _____

בעת הפסקת עבודה אודיע לקרן בכתב על הפסקת עבודתו של המבוטח עם העתק אליו, תוך 14 יום מיום הפסקת העבודה.

ט הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

1. אני מצהיר כי המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה וכי ידוע לי כי הוא הכרחי לצורך הצטרפותי וטיפולכם בפוליסות. הני נותן את הסכמתי לכך שהחברה וחברות אחרות בקבוצת הראל תעשה בו שימוש, לרבות עיבוד, אחסון ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות.
 2. אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברה או בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בתביעות, עיבודו ואחסון של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

חתימת המבוטח: _____

תאריך: _____

3. אני מסכים לקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יעברו פרטי, על יסוד הסכמתי לעיל, הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוב אוטומטי או הודעת מסר קצר (sms).

אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך בכל עת באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.harel-group.co.il

4. אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בחברתכם, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל האחרונה שנמסרה לכם, במקום בכתב. ידוע לי כי ייתכן וישלח אלי חומר הנוגע לענייני הפרטיים כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות, ולפיכך אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על-ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.

חתימת המבוטח: _____

תאריך: _____

י בקשה להצטרף כמבוטח לקרן הפנסיה והצהרה על אמיתות פרטים

אני החתום/ה מטה מבקש/ת להתקבל בזה כמבוטח/ת בקרן.
 1. הני מתחייב/ת בזה למלא אחר תקנון קרן הפנסיה, החלטות מוסדותיה המחייבות והוראות הדין. הני מצהיר/ה כי כל המידע שנמסר על-ידי בטופס זה הוא נכון, מדויק ונמסר מרצוני לצורך חישוב זכויותי בקרן, ידוע לי כי על-פי תקנון קרן הפנסיה כל אדם שקיבל או ניסה לקבל בטעות או בהטעיה או במרמה כספיים או זכויות מהקרן רשאית הקרן להפקיע הזכויות שלגביהן נעשו הטעות או ההטעיה או המרמה.

2. הריני מסכים/ה שהמידע המפורט לעיל יימסר לצורך עיבודו ואכסונו לכל אדם או גוף שהקרן ו/או מי מטעמה ימצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות תשמ"א-1981.

חתימת המבוטח: _____

תאריך: _____