

מספר חשבון הקופה

שם הסוכן	מספרו
שם איש קשר	מספר טלפון
סניף בנק של הלקוח	מספרו

הטופס מנוסח בלשון זכר אך תקף לכני שני המינים

בקשת הצטרפות לקרן השתלמות

החשבון נפתח לצורך:

העברת כספים בלבד הפקדות בלבד העברה + הפקדות

א. פרטי העמית חובה לצרף תצלום של תעודת זהות / דרכון (לתושב חוץ)

מספר זהות/דרכון	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	תושב <input type="checkbox"/> ישראל <input type="checkbox"/> חוץ
רחוב	מספר	ישוב	מיקוד		
מס' טלפון בבית	מס' טלפון נייד				
לעמיתים במעמד עצמאי - האם הנך תושב או אזרח ארה"ב: <input type="checkbox"/> כן אזרח <input type="checkbox"/> כן תושב <input type="checkbox"/> לא					
הנני <input type="checkbox"/> מסכים <input type="checkbox"/> לא מסכים כי הדיווחים בכפוף להוראות הדין, ישלחו אליי בדוא"ל זה, במקום באמצעות דואר רגיל <input checked="" type="checkbox"/> חתימה					
דוא"ל @					

קרן השתלמות מסלולית	כללי (מ"ה 456) %	שקלי טווח קצר (מ"ה 1351) %	מדד (מ"ה 1348) %	מניות (מ"ה 1350) %	הלכתי ארגמן (מ"ה 1534) %	אג"ח (מ"ה 2115) %	100%
---------------------	------------------	----------------------------	------------------	--------------------	--------------------------	-------------------	------

ב. פרטי המעסיק למילוי ע"י המעסיק במקרה של קופה במעמד שכיר

שם המעסיק	מספר זהות/ח"פ/ח"צ של המעסיק	מספר הטלפון של המעסיק
כתובת המעסיק	רחוב	מספר
ישוב		
מיקוד		

התחייבות המעסיק על-פי בקשתו של העמית להצטרף לקופה, אנו מתחייבים להעביר מדי חודש בחודשו תשלומים לקופה כמפורט לעיל:

קרן השתלמות

משכורתו של העובד _____ ש"ח

תשלומים שוטפים: ניכוי חודשי ממשכורת העובד בשיעור _____% החל ממשכורת חודש _____ שנת _____.

ותק רטרואקטיבי ייקבע רק בגין כספים שהופקדו באותה שנת מס ובשום מקרה הוותק לא יוכל להיקרך על שנה/ים קודמת/ות וככפוף לקבלת בקשה מפורשת בכתב.

חתימה וחותמת המעסיק

ג. אופן העברת כספים - עבור עצמאי בלבד

באמצעות הוראת קבע בתשלום חודשי העברה בנקאית שיקים לבירור פרטים וקבלת טופס הוראת קבע, לפנות לטלפון *5654 או 03-7111110

ד. שאלות ליהוי טלפוני בעת פנייה טלפונית לקופה, תידרש לענות על שאלה זו, לצורך שמירה על חשאיות הנתונים הכספיים בקופה.

- שם עיר המגורים בה נולדת _____
- שם ביה"ס בו למדת בכיתה א' _____
- שם סבך מצד אמך _____

ה. הצהרת העמית

אני מבקש בזה להצטרף כעמית בחברתכם, כי אהיה כפוף לכל התנאים, ההוראות וההתחייבויות המוטלות על העמיתים לפי תקנות הקופה/הקרן אשר תנוהל על-ידי החברה המנהלת, ועל-פי שיקול דעתה, בכפוף להוראות הדין. ידוע לי כי את הוראות התקנון של הקופה/הקרן אפשר לקבל בלא תשלום במשרדי החברה המנהלת. באתר האינטרנט הרשום לעיל או בדואר לאחר פנייה בכתב/בטלפון על-פי המען הרשום לעיל.

אני מעוניין לפנות מפעם לפעם אל הקופה/הקרן באמצעות הפקסימיליה ו/או הטלפון, למתן הוראות לביצוע פעולות בחשבוני (לרבות הוראה למתן חיוב חשבוני בבנק) ו/או לקבלת מידע טלפוני או כתוב, וידוע לי כי הקופה/הקרן תהיה פטורה מכל אחריות למק, הפסד, הוצאה או מניעה בפרטיות העלוים להיגרם לי במישרין או בעקיפין כתוצאה מפעולה או אי-פעולה כלשהי של הקופה/הקרן בהתאם לבקשה זו, ובמיוחד ומבל לגרום מכלליות האמור, במקרה ויתברר כי הבקשה נמסרה לכם בשמי על-ידי מי שלא הוסמך לכך.

אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מודע לכך, שהפרטים שמסרתי לחברה ו/או כל מידע שביצע לידיעת החברה, יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת החברה לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ ("הקבוצה") וכן למאגרי מידע נוספים הנדרשים לצורך מתן שירותים, ניהול נכסי הלקוחות, לצורך הפעילות השוטפת וכן לצורך קיום חובותיה על-פי דין. אני מאשר כי הנתונים אשר יישמרו במאגר המידע ישמשו לצורך יצירת קשר עמי על-ידי החברה או על-ידי חברה אחרת בקבוצה, לרבות לצורך דיוור ישיר לרכישת מוצרי החברה. ידוע לי ומוסכם עליי כי הודעות שונות, למעט

אני מצהיר כי הפקדותיי כעמית עצמאי לקרן השתלמות תהיינה רק כנגד "הכנסה קובעת" ובוים בו אחדול מלהיות עצמאי אודיע לקרן על כך ואחדל מההפקדות כאמור. יש לצרף להצהרה זו אישור פתיחת עסק מרשויות המס (אישור עוסק מורשה) ו/או אישור הניתן לנישום במעמד פתיחת תיק במס הכנסה)

תאריך _____ חתימת העמית

ו. הצהרה לעמית עצמאי

אני מצהיר כי הפקדותיי כעמית עצמאי לקרן השתלמות תהיינה רק כנגד "הכנסה קובעת" ובוים בו אחדול מלהיות עצמאי אודיע לקרן על כך ואחדל מההפקדות כאמור. יש לצרף להצהרה זו אישור פתיחת עסק מרשויות המס (אישור עוסק מורשה) ו/או אישור הניתן לנישום במעמד פתיחת תיק במס הכנסה)

אישור חתימת פותח החשבון (על-ידי הסוכן/נציג הקופה) העמית זוהה על-ידי ופרטיו אומתו ותצלום תעודת הזהות/הדרכון (לתושב חוץ) מצורף לטופס זה.

אישור נציג הקופה / הקרן אני מאשר את הצטרפות העמית לקופה

תאריך _____ שם גורם מאשר _____

חתימת גורם מאשר

חתימת וחותמת הקופה

ו. פרטי העמית לביקורת

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
----------	---------	-----------

ז. מינוי מוטבים

אני מבקש להודיעכם כי מיניתי את הרשומים להלן כמוטבים:

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
הכתובת	המין <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז	חלקיות ב-% תאריך לידה

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
הכתובת	המין <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז	חלקיות ב-% תאריך לידה

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
הכתובת	המין <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז	חלקיות ב-% תאריך לידה

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
הכתובת	המין <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז	חלקיות ב-% תאריך לידה

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
הכתובת	המין <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז	חלקיות ב-% תאריך לידה

שם תאגיד	מספר ח.פ.
כתובת	חלקיות ב-%

שם תאגיד	מספר ח.פ.
כתובת	חלקיות ב-%

ידוע לי כי אם לא ימולאו כל פרטי המוטבים במלואם ובאופן תקין במועד ההצטרפות או במועד מאוחר יותר, תנהג הקופה כאילו לא מונו מוטבים והסכומים המגיעים לי יועברו ליורשיי על פי דין או על פי צו קיום צוואה. ידוע לי כי יש להעביר את הודעת המינוי למשרדי החברה המנהלת במסמך מקורי בלבד וכי טופס אשר לא יגיע מקורי יראו בו כאילו לא התקבל ו/או לא ניתנה הוראת מוטבים.

כאשר קיים ביטוח חיים קבוצתי - אני מאשר שהמוטבים הזכאים לתגמולי הביטוח, הם המוטבים הרשומים לעיל, בלבד שלא הועברה על-ידי הודעה אחרת למבטח מאוחרת לחתימתי לטופס זה.

חתימת העמית X

תאריך _____

לשימוש פנימי בלבד: העברה בלבד העברה + הפקדה לא סומן

בקשת העברה לקרן השתלמות שאינה קופת ביטוח ואינה קופת גמל משלמת לקצבה

א. פרטי העמית וחשבונו בקופה / בקרן המעבירה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מספר חשבון/עמית בקופה המעבירה
רחוב	מספר	מיקוד	מעמד העמית בקופה/הקרבן <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי
	יישוב		פעילות העמית בקופה/הקרבן <input type="checkbox"/> פעיל <input type="checkbox"/> לא פעיל

ב. בקשת הקופה / הקרן המקבלת

להלן בקשתו של העמית הרשום לעיל להעברת כספים מחשבונו אצלכם, כמפורט להלן. בהמשך לבקשה, אנו מתחייבים בזאת בהתחייבות בלתי חוזרת לקבל את כספי העמית. לכל מונח במסמך זה תהיה המשמעות הנודעת לו בתקנות, אלא אם כן נקבע במפורש אחרת.

ג. בקשת העמית

1. אני מבקש להעביר מחשבוני בקרן המעבירה, לפי התקנות, לזכות חשבוני מספר _____ בקרן המסומנת (להלן "הקרן המקבלת"):
 את מלוא הכספים שנצברו לזכותי, או מתוך הכספים שנצברו לזכותי: סך _____ ש"ח / שיעור % _____ בהתאם לשיעורים במועד החתימה ידוע לי כי העברה חלקית תבוצע על כספים אשר הופקדו אחרונים וזאת כל עוד לא ניתנה הוראה אחרת על-ידי.
 אני מורה לכם בזאת להעביר את יתרת חשבוני הנייל אצלכם, הכוללת רווחים עד ליום ההעברה, כולל זכויותי שנצברו לזכות חשבוני בקרן הנייל לקרן המסומנת להלן:

לזכות חשבוני בקרן בבנק הפועלים (12 סניף 600)	המעמד בקופה/בקרן	שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/>
כללי השתלמות חשבון מס' 667954	שקלי טווח קצר 1351	מניות 1350
<input type="checkbox"/> כללי <input type="checkbox"/> 456	אג"ח 2115	הלכתי ארגמן 1534
<input type="checkbox"/> מדר <input type="checkbox"/> 1348		

1. אני גותן בזה את הסכמתי לכך שתמסרו את כל הפרטים, הנתונים והמסמכים שיש לכם לגביי והנדרשים לפי הוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר לפי סעיף 23 (ד לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ה - 2005, לכלל פנסיה וגמל בע"מ.
 2. ידוע לי שהחל במועד הקובע תהיו פטורים מלשלם לי כל תשלום שהוא, לרבות בשל חבות ביטוחית, הנובע מן הכספים שהועברו לקופת הגמל המקבלת.
 3. אני מצהיר כי למיטב ידיעתי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו מתקיימים כל התנאים האלה:
 3.1 לא קיים צו עיקול על חשבוני בקופת הגמל המעבירה על הסכום או על חלק מהסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל.
 3.2 לא קיים שעבוד שנעשה כדין על חשבוני בקופת הגמל המעבירה על הסכום או חלקו שביקשתי להעביר כאמור לעיל.
 3.3 לא קיימת בחשבוני בקופת הגמל המעבירה יתרת חוב בשל הלוואה שטרם נפרעה במלואה.
 ידוע לי כי ככל שמתקיימים לגבי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו ועד למועד ההעברה, אחד או יותר מן התנאים האמורים, תבטל בקשת ההעברה ולא תבוצע העברת כספים לקופה המקבלת.
 4. לעמית שכיר פעיל בלבד ידוע לי כי בקשתי האמורה, מותנית בכך שלא יחלפו למעלה מ-120 ימים ממועד הגשת הבקשה ועד למועד שבו יופקדו בשלי לראשונה לקופה המקבלת כספים, אלא אם כן אודיע לכלל פנסיה וגמל כי לא יופקדו בשלי כספים לקופה הנבחרת בתוך התקופה האמורה. כמו כן ידוע לי כי אם אודיע כאמור, אחשב לעניין המועד הקובע כעמית לא פעיל.
 5. 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 בתוך 18 ימי עסקים מן המועד שנמסרה הודעה לגביה לקופה המעבירה, ביטול ייעשה באמצעות חתימה על טופס הודעת הביטול המצורף והעברתו לקופה המעבירה (הקופה ממנה עוברים הכספים). העברת הטופס אפשרית בפקס או בדוא"ל.

הצהרת העמית:

- אתם תפעלו בעניין זה במועדים ובתנאים לפי הנהוג והמקובל אצלכם ובכפוף להוראות ההסדר התחוקתי החלות עליכם.
- לא תימסר לי הודעה על ביצוע הפעולות, ורישום כל פעולה כאמור בחשבוני שצוין לעיל יהווה מבחינתי אישור מספיק מצידכם על הביצוע.
- בכל מקרה שתהיה לי הערה או הסתייגות כלשהי, אודיע לכם על-כך בכתב באופן מיידי מיד כשאדע על כך כדי שניתן יהיה לטפל בעניין סמוך ככל האפשר למועד רישום הפעולה בחשבוני, ויובהר כי במקרה שלא העברתי הערות או באופן מיידי הסתייגות בכתב, לא יהיו בכך משום חיוב החברה המנהלת.

שם מאשר חתימת העמית _____ תאריך _____
 חתימת העמית

בחשבון קטין / חוסה, יש להחתים את שני ההורים או את האפוטרופוס:

שם האב או האפוטרופוס	מספר זהות	שם האם	מספר זהות
----------------------	-----------	--------	-----------

אפוטרופוס, יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס מקורי או נאמן למקור

חתימת האב חתימת האם חתימת האפוטרופוס

אני מבקש כבר עכשיו להודיע כי לא יופקדו בשלי כספים לקופה המקבלת בתוך 120 ימים ממועד חתימתי על בקשה זו.
 * חתימה על סעיף זה בהיעדר סימון במקום המיועד לכך, תחשב כמי מילוי הודעה חתימת העמית

ד. הצהרת העובד המטפל (לשימוש פנימי בלבד)

בהמשך לבקשתו של העמית הרשום לעיל, להעביר את יתרתו הצבורה בקופת הגמל המעבירה לקופת הגמל המקבלת, אני מצהיר בזה שהמועד הקובע המפורט להלן, בקשר לעמית העובר, כהגדרתו בתקנות, הוא נכון.
 ולראיה באתי על החתום, תאריך _____ שם הגורם המטפל _____ מספר טלפון ישיר _____
 חתימה וחתימת הקופה/הקרבן

תפוצה: מקור- לקופה/קרן; העתק- 1 לעמית; העתק- 2 לסוכן.

לכבוד

הגוף המנהל את הקופה המעבירה _____
שם הקופה המעבירה _____ (להלן "הקופה" / הקרן המעבירה")

הודעת ביטול בקשת העברה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מתאים לנשים וגברים כאחד

לידיעתך,

בקשת העברה ניתנת לביטול בתוך 18 ימי עסקים מן המועד שנמסרה הודעה לגביה לקופה המעבירה, וזאת באמצעות חתימה על טופס זה והעברתו לקופה המעבירה (הקופה ממנה מועברים הכספים). העברת הטופס אפשרית בפקס, בדואר או בדוא"ל.

אני העמית

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מספר חשבון/עמית בקופה המעבירה
----------	---------	-----------	-------------------------------

בהמשך לבקשתי להעברת כספים מקופת הגמל המעבירה, מחשבוני / מן הפוליסה הנ"ל, לקופת הגמל המקבלת שלהלן:

שם הקופה המקבלת	מספר אישור מס הכנסה
-----------------	---------------------

מודיע בזה שבקשתי האמורה מבוטלת.

ולראיה, באתי על החתום: תאריך חתימת העמית

(שם הגוף המוסדי) _____

הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות

(מינוי בעל רישיון) (נספח ב' 2)

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו

צורך מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח

א. מייפה הכוח (הלקוח):

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר ת.ז.
כתובת מגורים		

ב. מיופה הכוח (בעל הרישיון, במקרה של בעל רישיון שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד)

שם (יחיד / תאגיד)	רישיון מס'
אשר הינו: <input type="checkbox"/> יועץ פנסיוני <input type="checkbox"/> סוכן ביטוח פנסיוני <input type="checkbox"/> משווק פנסיוני (סמן את האפשרות המתאימה)	
מס' טלפון	דוא"ל

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של בעל הרישיון ומי מטעמו (1), לכנות בשמי לגוף מוסדי (2) המפורט לעיל לשם קבלת מידע (3) אודות המוצרים (4) שלי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשותיי להצטרפות למוצר או העברת בקשותיי לביצוע פעולות בו. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית.

ג. הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

1. מס' חשבון הלקוח במוצר הפנסיוני	2. מספר קידוד של המוצר הפנסיוני	3. בעל הרישיון יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל
	512244146-000000000000456	<input type="checkbox"/>
	512244146-000000000000456	<input type="checkbox"/>

* במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה 1 בטבלה. במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.
* **אם סימנתי v בעמודה השלישית, בעל הרישיון יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.**
* במקרה של בקשת מידע בלבד אין חובה לקדד במספר הקידוד של המוצר הפנסיוני את ספרות המסלול.

1. ביטול הרשאה קודמת

בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לבעל רישיון אחר לגבי המוצרים הכלולים בהרשאה ושאינם עבור 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 בעל הרישיון

שם בעל הרישיון

- (1) "מי מטעמו" - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פנייה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות הפיקוח 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" - פרטים מייפוי הכוח 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 שעבדים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש. מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 31(ז) (2) לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח שאינה כלולה במוצר פנסיוני ואינה נמכרת אגב אותו מוצר כהגדרתו בסעיף 31 ט' (ז) (1) לחוק הייעוץ הפנסיוני, למעט תכנית ביטוח כאמור הכלולה במוצר ביטוח שאינו מוצר פנסיוני.