

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם ולצרף צילום תעודת זהות.

את כל המסמכים יש להעביר אלינו באמצעות:  
 ■ כתובת מייל בהראל פנסיה: haalupdate@harel-ins.co.il  
 ניתן לוודא את קבלת המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל'. 1-700-70-28-70

א	פרטי המועמד		
	שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.
	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי

**ב בחירת מסלול פנסיה**

בקרן הפנסיה קיימים המסלולים הבאים:

- מסלול יסוד (זיקנה) - במסלול זה ההפקדות מקנות לעמית זכויות עבור פנסיית זיקנה בלבד.
- מסלול מקיפה - במסלול זה ההפקדות בקרן מקנות לעמית זכויות עבור:
- פנסיית זיקנה - קיצבה המשולמת לעמית החל ממועד יציאתו לפנסיה למשך כל חייו.
- פנסיית נכות - קיצבה המשולמת לעמית במקרה של נכות.
- פנסיית שאירים - קיצבה המשולמת לשאירי העמית במקרה של פטירה.

נא לסמן ב-X את המסלול המבוקש (יודגש כי ככל ולא יסומן מסלול, לא יחול שינוי במסלול המועדכן בחשבונך בקרן):


מסלול יסוד (זיקנה)  
 מסלול מקיפה

**ג מידע חשוב לעמית**

- תשומת ליבך כי הצטרפות למסלול מקיפה כפופה להליך חיתום באמצעות מילוי שאלון בריאות ובכפוף לאישור החברה והכל בהתאם להוראות הדין ומדיניות החיתום של החברה.
- הזכויות של העמיתים נקבעות בהתאם להוראות התקנון והוראות ההסדר התחיקתי. תשומת ליבך כי הוראות התקנון עשויות להתעדכן מעת לעת, בכפוף לאישור הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון וכי הוראות הקובעות תהינה אלה שבתוקף במועד האירוע המזכה או במועד היציאה לזיקנה.
- תשומת לבך כי ככל והנך מבטח במסלול מקיפה, הפסקת הפקדות למסלול מקיפה במשך תקופה העולה על 3 חודשים עשויה לפגוע בצורה משמעותית בזכויות לפנסיית נכות ולפנסיית שאירים, בהתאם להוראות תקנון הקרן.
- תשומת לבך כי מעבר בין מסלולים בקרן העל (ממקיפה לזיקנה והיפך) - הכוונה להפסקת הפקדות במסלול אחד ותחילת הפקדות במסלול החדש. יובהר כי לא מדובר על העברת כל הזכויות שנצברו (כולל יתרות) למסלול החדש. מאחר ומדובר בשינוי מהותי מבחינת התנאים והכיסויים מומלץ לקבל החלטה לאחר ייעוץ עם יועץ או משווק פנסיוני.
- תשומת לבך כי בהתאם לתקנון הקרן, בתכנית ב' במעבר ממסלול זיקנה למסלול מקיפה (הכולל כיסוי ביטוחי) תקופת האכשרה היא של 5 שנים. בתכנית א' במעבר ממסלול זיקנה למסלול מקיפה (הכולל כיסוי ביטוחי) תהיה תקופת האכשרה של 3 שנים.
- בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי עמית בקרן פנסיה ותיקה שלא הועברו בגינו הפקדות לקרן לתקופה העולה על 24 חודשים לא יוכל לחדש הפקדותיו בקרן.
- באפשרותך לעיין בתקנון בקרן הנמצא באתר האינטרנט של חברתנו בכתובת <https://www.harel-group.co.il/Pages/default.aspx> במסלולים נוספים הקיימים בקרן.
- אין באמור כדי להוות תחליף לייעוץ או שיווק פנסיוני המתחשב בנתונים האישיים של כל אדם.

**ד הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת**


אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי מידע זה יתיר המידע אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברות 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 (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת (בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS), וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

תאריך: ..... חתימה: 

בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס אי קבלת פרסומות והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.hrl.co.il/pirsum](http://www.hrl.co.il/pirsum), באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף פנסיה וגמל, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 521 1802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

**ה הצהרת המועמד**

הני מאשר כי כל המידע שנמסר על ידי בטופס זה הוא נכון, מדויק ונמסר מרצוני לצורך חישוב זכויותי בקרן. לידיעתך על פי תקנון קרן הפנסיה כל אדם שקיבל או ניסה לקבל בטעות או ברמה כספיים או זכויות מהקרן, רשאית הקרן להפקיע הזכויות שלגביהן נעשו הטעות או ההטעיה או המרמה.

תאריך: ..... חתימת המועמד: 



טווח הראל 34696.44 07/2022

# הצהרת בריאות למועמד להצטרפות לקרנות הפנסיה של הראל (לא נדרש במקרה של הצטרפות לקרן "הראל פנסיה כללית" במסלול יסוד)

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

כתובת מייל בהראל פנסיה: hitspension@harel-ins.co.il  
מס' פקס בהראל פנסיה: 03-7348280  
ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1-700-70-28-70

## א פרטי המועמד

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד
טלפון בית	טלפון עבודה	טלפון נייד	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
קופת חולים	סניף	שם הרופא המטפל	
מקצוע/עיסוק	מעסיק	תחביב	
אישור לקבלת דוחות לעמית בדוא"ל: אני מסכים כי הדוח השנתי לעמית ישלח לדוא"ל שלי בכתובת - .....@..... וזאת במקום באמצעות הדואר.			

## ב שאלות על מצב בריאותך

**הנחיות כלליות**  
במקרה בו סומנה תשובה חיובית על אחת או יותר מן השאלות המפורטות, יש לסמן ✓ במשבצת הסמוכה למחלה או הבעיה הרלוונטית המצוינת בשאלה, וכן לתת פירוט ברור בתחתית הצהרת הבריאות ו/או מילוי שאלון מתאים. יש לסמן האם אתה סובל או האם סבלת בעבר מאחת הבעיות הרשומות להלן (לידיעתך, יתכן שתדרש בהמצאת מסמכים רפואיים נוספים ו/או בבדיקה רפואית בהתאם למקובל בחברה).

מס' שאלה	כן	לא	שאלון/מידע ראשוני נדרש
1. א. משקל בק"ג..... גובה בס"מ..... ב. עישון: האם אתה מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות? אם כן, ציין סוג וכמות..... ג. אלכוהול: האם שתית או הנך שותה משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שתי מנות ביום)?			שאלון עישון (1) שאלון אלכוהול (2)
<b>האם אובחנת במחלות/הפרעות ו/או בבעיות רפואיות הרשומות מטה:</b> אם הצהרת על בעיה בריאותית, יש למלא את השאלונים הרלוונטיים המצורפים לטופס ההצהרה.			
2. האם אתה סובל או סבלת מאחת הבעיות הרשומות להלן בחמש השנים האחרונות?			
א. מחלות לב <input type="checkbox"/> מחלות כלי דם <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם			שאלון לב (3), שאלון יתר לחץ דם (4), שאלון כלי דם (5)
ב. מחלת סוכרת			שאלון סוכרת (6)
ג. מחלת כבד			שאלון צהבת וכבד (7)
ד. מחלת סרטן, גידולים ממאירים וגידולים שפירים במח			יש לצרף דוחות: תשובה היסטולוגית מלאה + דוח מעקב אחרון
ה. איידס או נשאות לאיידס			פירוט ומסמכים רפואיים
ו. אירוע מוחי			פירוט ומסמכים רפואיים
ז. מחלות דם			פירוט ומסמכים רפואיים
3. האם אתה סובל או סבלת מבעיית פרקים, עצמות, גב ועמוד שדרה בחמש השנים האחרונות?			שאלון עצמות ושברים (8), שאלון בעיות מפרקים (9), שאלון ברכיים (10), שאלון גב ועמוד שדרה (11)
4. נכות, אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות העולה על 25%?			שאלון תאונות / נכות (12)
5. תרופות: האם את/ה נוטל/ת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בחמש השנים האחרונות?			יש לצרף פרוט ומסמכים רפואיים
6. אשפוזים: האם אושפזת או הופנת לבית חולים לצורך אשפוז (לרבות בחדר מיון) כתוצאה ממחלה או תאונה בחמש השנים האחרונות?			שאלון אשפוזים וניתוחים (13). יש לצרף דוח האשפוז (באם היה במהלך השנה האחרונה)
7. פירוט לסעיפים:.....			

תאריך: ..... חתימה:  .....



dt13001

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה
קופת חולים	סניף	שם הרופא המטפל	

אני נותן בזה רשות לכל שירותי הבריאות ו/או קופת החולים ו/או לעובדיהם הרופאים ו/או למוסדותיהם ו/או לסניפיהם, מכוניהם ומעבדותיהם, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים לרבות בתי החולים, המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון, החברות לביטוח וקרנות הפנסיה, למסור ל"הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמה ו/או בא כוחה (להלן "המבקש") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה או מום שחליתי ו/או לקיתי בו בעבר ו/או שהנני חולה או לוקה בו כעת ו/או שאחלה או אלקה בו בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד, מכון או מעבדה ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי ה"מבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.

תאריך: ..... חתימת המועמד: /

ידוע לי שככל שיימצא שהפרטים שמסרת בהצהרה זו, כולם או מקצתם, אינם הפרטים הנכונים והמלאים לגבי מצב בריאותי במועד מתן ההצהרה, לא אהיה זכאי לפנסיית נכות, ובמקרה של פטירה חו"ח, שאיריי לא יהיו זכאים לפנסיית שאירים.

תאריך: ..... חתימת המועמד: /