

שם הסוכן מספר הסוכן שם המפקח שם הסוכנות

לכבוד
הראל פנסיה וגמל בע"מ
"הראל - דקל קופת גמל לדמי מחלה"
בית הראל, אבא הלל 3 רמת-גן 5211802

פרטי המעסיק		שם המעסיק	
מספר המעסיק (ימולא על-ידי הקופה)	מס' ת.ז./דרכון/ח"פ/ח"צ		
מספר טלפון	המיקוד	מספר	יישוב
מספר פקס	המיקוד	מספר	יישוב
		רחוב	כתובת המעסיק
		רחוב	כתובת למשלוח דואר

פרטי המורשים לחתום בשם המעסיק - נא לצרף אישור רואה-חשבון או העתק פרוטוקול לגבי מורשי חתימה בשם המעסיק			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
1.			
2.			
3.			
4.			

הרינו להודיעכם כי החתומים לעיל הם מורשי חתימה מטעמנו וכי הם יהיו זכאים לחתום אצלכם בשמנו על כל הוראה, אישור ומסמך - על פי דוגמות החתימה לעיל - וכי חתימה מספר או חתימה מספר או חתימה מספר יחד עם חתימה מספר תקפות.

מצ"ב תצלום תעודות זהות של כל מורשי החתימה

חתימה וחותמת המעסיק: תאריך:

סוג הקופה המבוקשת
<input checked="" type="checkbox"/> הראל - דקל, קופת-גמל לדמי-מחלה (מ"ה 857)

הצטרפות לקופה גמל לדמי-מחלה
1. אנו מבקשים להצטרף כעמית ל"הראל-דקל קופת-גמל לדמי-מחלה" שבניהול הראל פנסיה וגמל בע"מ (להלן "הקופה") ולהפריש אליה כספים בעבור עובדינו בהתאם ובכפוף להוראות ההסדר התחוקתי ולתקנון הקופה כפי שהיו בתוקף מעת לעת.
2. אנו מצהירים ומתחייבים שהפקדותינו לא תעלינה על 2.5% ממשכורות כל העובדים אצלנו, אלא אם יתקבל היתר מיוחד להפרשות העולות על השיעור האמור לעיל על-ידי נציב מס-הכנסה.
3. אנו מתחייבים להודיעכם בכתב על כל שינוי במורשי החתימה או בזכויות החתימה.
4. אנו מצהירים בזאת שכל הפרטים לעיל הם מלאים, נכונים ומדויקים.
5. ידוע לנו ואנו מסכימים לכך שהקופה תפעל על-פי תקנונה.

חתימה וחותמת המעסיק: תאריך:

מספר החשבון שנפתח שם המטפל בבקשה חתימה חותמת בהראל פנסיה וגמל



לכבוד

..... החברה המנהלת את קופת דמי המחלה שם קופת דמי-מחלה המעבירה מס' אישור מס הכנסה

הנדון:

..... בקשה להעברת כספים לקופת הראל דקל קופה לדמי-מחלה המקבלת (857)

א בקשה להעברת חשבון - קופה מרכזית לדמי-מחלה

רצ"ב בקשתו של העמית הנ"ל 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.

ב פרטי העמית

שם עסק/חברה/קיבוץ/מושב	מספר זהות/ח"פ/ח"צ	כתובת	מיקוד
..... חתימת העמית וחותמת: /			

ג בקשה העמית

- אני מבקש להעביר את מלוא הכספים, שנצברו לזכותי בכל מרכיבי החשבון ובכל מסלולי ההשקעה. בחשבון מספר: בקופת הגמל: לחשבון בקופת הגמל "הראל דקל, קופה לדמי מחלה" (857) שהיא קופת גמל מרכזית לדמי מחלה, בנק לאומי סניף 800 מספר חשבון: 214874/89. לידיעתך, ברירת המחלל להעברת הכספים, במידה שלא ציינת את סך היתרה שתועבר לקופה המקבלת, מרכיבי החשבון שמהם יועברו הכספים או את מסלולי ההשקעה שמהם תרצה להעביר את הכספים, היא העברת מלוא הכספים שנצברו בחשבוןך בקופה המעבירה, בכל מרכיבי החשבון ובכל מסלולי ההשקעה.
- אני נותן 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, להראל פנסיה וגמל בע"מ.
- ידוע לי שהחל במועד הקובע ואילך תהיו פטורים מלשלם לי כל תשלום שהוא, לרבות בשל חבות ביטוחית הנובע מהכספים שהועברו לקופת הגמל המקבלת.
- אני מצהיר, כי למיטב ידיעתי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו מתקיימים כל התנאים האלה:
 - לא קיים צו עיקול על-חשבוני בקופה המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל;
 - לא קיים שעבוד שנעשה כדין על-חשבוני בקופה המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל;
 - לגבי עמית-שיתופי - לא קיימת בחשבוני בקופה המעבירה יתרת חוב בשל הלואה שטרם נפרעה במלואה.
 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 לקופה 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 ובלבד שהכספים טרם הועברו. ביטול ייעשה באמצעות חתימה על טופס הודעת הביטול והעברתו לקופה המעבירה (הקופה ממנה מועברים הכספים). העברת הטופס אפשרית בפקס, בדואר או בדוא"ל.

ולראיה באתי על החתום - היום

..... תאריך. חתימה וחותמת המעסיק /

ד פרטי המורשים לחתום בשם העמית

תאריך	שם מלא	מספר זהות	חתימת מורשה חתימה + חותמת
..... /
..... /

ה הצהרת העובד המטפל

בהמשך לבקשתו של העמית הרשום לעיל, להעביר את יתרתו הצבורה בקופת דמי-מחלה המעבירה לקופת דמי מחלה המקבלת, אני מצהיר בזה כי המועד הקובע המפורט להלן לעמית העובר, כהגדרתו בתקנות, הוא נכון.

ולראיה באתי על החתום

..... שם העובד המטפל חתימה העובד המטפל /

שם הגוף המנהל של הקופה המקבלת פנסיה וגמל בע"מ

