

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

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

■ מס' פקס: 03-7348190
 ■ כתובת מייל: idcompension@harel-ins.co.il
 ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל. 1-700-70-28-70

בהתאם להוראות תקנון קרן הפנסיה, עמית שנוקפים לחשבונם תשלומים על ידי הקרן כעמית נכה, איננו רשאי לשנות את מסלול הביטוח שבחר וכן להוסיף או לגרוע כיסויים ביטוחיים כמפורט בטופס זה.

א פרטי החברה המנהלת

שם החברה המנהלת	שם קרן הפנסיה	קוד קרן הפנסיה	מספר החשבון של העמית בקרן
הראל פנסיה וגמל בע"מ	הראל פנסיה כללית	662	

ב פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	מס' זהות/דרכון*
אם ברצונך לבדוק את נכונות הפרטים או לעדכן אותם, באפשרותך לבצע זאת באיזור האישי שלך באתר הראל: www.harel-group.co.il		

ג פרטי בעל רישיון

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

מסלולי הביטוח בקרן פנסיה נבדלים זה מזה בהיקף הכיסוי הביטוחי הניתן למקרה נכות או פטירה.

ד מסלול ביטוח בקרן

שם מסלול הביטוח	גיל הפרישה במסלול
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 75% לנכות ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה)	60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 47 ומעלה)	60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה)	60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 75% לנכות ו-40% לשאירים	60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 45 ומעלה)	60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו-40% לשאירים	60 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח לפורשים עד גיל 60, 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 49 ומעלה)	60
<input type="checkbox"/> ללא נכות	67
<input type="checkbox"/> פנסיית יסוד (ללא כיסוי ביטוחי למקרי נכות ומוות)	

בעת שינוי מסלול ביטוח בנסיבות בהן שיעור הכיסוי הביטוחי למקרה נכות/פטירה גבוה מהשיעור במסלול הקיים, תחול תקופת אכשרה לגבי אותו חלק בכיסוי הביטוחי שהוגדל עקב המעבר למסלול החדש, בהתאם להוראות תקנון הקרן.

ה נכות כפולה

הנך זכאי לכיסוי ביטוחי עבור קצבת נכות בשיעור כפול במהלך שני חודשי הקצבה הראשונים (פרנצ'יזה), בכפוף לאישור החברה ולהוראות התקנון. דמי ביטוח יגבו ממך בגין כיסוי ביטוחי זה.

קראתי את האמור לעיל ואני מבקש לשלם דמי ביטוח עבור כיסוי ביטוחי לקבלת נכות כפולה (פרנצ'יזה).

קראתי את האמור לעיל ואני מבקש לוותר על תשלום דמי ביטוח עבור כיסוי ביטוחי של קצבת נכות כפולה (פרנצ'יזה).

*תשומת לבך כי ככל ולא תסמן את אחת מהאפשרויות לעיל, ייגבו דמי ביטוח עבור כיסוי ביטוחי לקבלת נכות כפולה (ברירת המחדל בהתאם לתקנון הקרן).

ו נכות מתפתחת

באפשרותך לרכוש כיסוי ביטוחי המגדיל את קצבת הנכות שתשולם בשיעור שנתי ריאלי של 2% (קצבת נכות מתפתחת), בכפוף לאישור החברה ולהוראות התקנון. דמי ביטוח יגבו ממך בגין כיסוי ביטוחי זה.

קראתי את האמור לעיל ואני מבקש לשלם דמי ביטוח עבור כיסוי ביטוחי של קצבת נכות מתפתחת.

קראתי את האמור לעיל ואני מבקש לוותר על תשלום דמי ביטוח עבור כיסוי ביטוחי של קצבת נכות מתפתחת.

*תשומת לבך כי ככל ולא תסמן את אחת מהאפשרויות לעיל, לא יעודכן בחשבונך בקרן כיסוי ביטוחי של נכות מתפתחת ובהתאם לא ייגבו דמי ביטוח בגין כיסוי זה (ברירת המחדל בהתאם לתקנון הקרן).

תשומת לבך כי במידה וקיים לך כיסוי ביטוחי בקרן הפנסיה המקיפה, הוויתור על כיסוי ביטוחי לשאירים/בן זוג בקרן הפנסיה הכללית יסתיים במועד בו יסתיים הוויתור על כיסוי ביטוחי זה בקרן הפנסיה המקיפה.



ז ויתור על כיסוי ביטוחי לשאירים / בן זוג של עמית מבוטח - יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח

- 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 במידה ויחול שינוי במצבי המשפחתי, באפשרותי להודיע לחברה בכתב כי ברצוני לחדש כיסוי ביטוח זה.
- הביטוח לסיכונים מוות יחודש, ויגובו דמי ביטוח מחשבוני, בחודש העוקב לחדש שבו הסתיים הויתור על כיסוי ביטוחי זה.

שים לב!

1. בן/בת זוג הוא מי שנשוי לעמית או מי שידוע בציבור כבן/בת זוג של העמית ומתגורר עמו.
 2. במידה ובחרת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג או שאירים, יגבו ממך דמי ביטוח עבור כיסוי בגין ביטול תקופת אכשרה לאחר סיום תקופת הויתור. ככל וברצונך לוותר על כיסוי זה, עליך למלא את ההצהרה להלן.
- תשומת לבך כי לאחר סיום תקופת הויתור תחול תקופת אכשרה, בת 60 חודשים כהגדרתה בתקנון הקרן.
- קראתי את האמור לעיל, ואני מאשר ומבקש לוותר על תשלום דמי ביטוח עבור כיסוי בגין ביטול תקופת אכשרה לאחר סיום תקופת הויתור.

ח ויתור על כיסוי ביטוחי (עמית שגילו לפחות 60) - יש לצרף צילום תעודת זהות

- נא סמן את האפשרויות הרצויות:
- אני בן/בת למעלה מ-60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לסיכונים נכות.
 - אני בן/בת למעלה מ-60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג ולילדים.

ט מסמכים מצורפים

תעודת זהות (במקרה של ויתור על כיסוי ביטוחי)

י אישורים

ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור כל מידע, למעט מידע שחלה עלי חובה למסור על פי דין לצורך קבלת השירותים, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול ותפעול קרן הפנסיה שלי, לרבות עיבוד מידע הקיים במערכות החברה והכל בכפוף להוראות הדין.

אני מסכים/ה לקבל מהחברה, ומחברות בקבוצה בה מנויה החברה, הודעות שיווקיות ודברי פרסומת באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או כל אמצעי תקשורת אחר, והכל בהתאם לפרטים השמורים במאגר המידע של החברה.

אני מסכים/ה כי מסמכים והודעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת

..... זאת במקום באמצעות הדואר.

ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיוור לקבלת הודעות שיווקיות ודברי פרסומת, באפשרותי לפנות לכתובת www.hrl.co.il/pirsum



..... חתימת העמית*:

..... חתימת בעל רישיון:

..... תאריך חתימה*:

..... תאריך חתימה: