

טופס הצטרפות לקרן פנסיה

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת

שם החברה המנהלת*	שם קרן הפנסיה*	קוד קרן הפנסיה
כלל פנסיה וגמל בע"מ	כלל פנסיה	1/170

פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות/דרכון*	תאריך לידה*	מין*	מצב משפחתי
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ידוע בציבור

יישוב*	ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד

כתובת דוא"ל	טלפון נייד	טלפון קווי	מעמד*
			<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> שכיר בעל שליטה <input type="checkbox"/> עצמאי באמצעות מעסיק

פרטי בן / בת זוג

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות/דרכון	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ

פרטי ילדים עד גיל 21

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות/דרכון	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ

פרטי מעסיק

שם המעסיק*	כתובת המעסיק	מספר טלפון*	ח.פ/עוסק מורשה

מסלול ביטוח בקרן

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

שם מסלול הביטוח	גיל הפרישה במסלול	
<input type="checkbox"/> מסלול בסיסי	<input type="checkbox"/> 64 (לנשים בלבד) <input type="checkbox"/> 67	
<input type="checkbox"/> מסלול בסיסי נכות מינימלית	נשים- 64 גברים- 67	
<input type="checkbox"/> מסלול יסודי	נשים- 64 גברים- 67	
<input type="checkbox"/> מסלול משפחה	נשים- 64 גברים- 67	
<input type="checkbox"/> מסלול עתיר ביטוח נכות	נשים- 64 גברים- 67	
<input type="checkbox"/> מסלול עתיר ביטוח שאירים	נשים- 64 גברים- 67	
<input type="checkbox"/> מסלול עתיר חסכון בפרישה מוקדמת	גיל 60 גברים ונשים	
<input type="checkbox"/> מסלול עתיר חסכון	נשים- 64 גברים- 67	

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי הביטוח המפורטים בטבלה, תבוטח במסלול הביטוח בסיסי לגיל 67.



יותר על כיסוי ביטוחי למקרה מוות (עמית שגילו עד 60) - יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח פתוח

- 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 וילדיים. אין לי בן/בת זוג ואין לי ילד שגילו פחות מ-21.
- *ידוע לי כי בחלוף שנתיים ממועד אישור הבקשה יחודש הכיסוי הביטוחי לשאירים וינוכח דמי ביטוח מחשבוני, אלא אם אודיע לחברה בכתב כי אני מעוניין/ת להמשיך ולוותר על כיסוי ביטוחי זה.

שים לב! בן/בת זוג הוא מי שנשוי לעמית או מי שידוע בציבור כבן / בת זוג של העמית ומתגורר עמו.

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

- אני בן/ת למעלה מ-60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לסיכוני נכות
- אני בן/ת למעלה מ-60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג וילדיים

מסלול השקעה בקרן

סמן את מסלול ההשקעה המבוקש ושיעור החלוקה המבוקש בין המסלולים (בין 0 ל- 100%):
רכיב תגמולים

שם מסלול השקעה	קוד מסלול	שיעור מתוך סכום ההפקדה	
מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחדל	1/170		<input type="checkbox"/>
מסלול לבני 50 ומטה	1/170		<input type="checkbox"/>
מסלול לבני 50 עד 60	1/170		<input type="checkbox"/>
מסלול לבני 60 ומעלה	1/170		<input type="checkbox"/>
מסלול אג"ח	1/170		<input type="checkbox"/>
מסלול מניות	1/170		<input type="checkbox"/>
מסלול אג"ח עד 15% מניות	1/170		<input type="checkbox"/>
מסלול הלכה	1/170		<input type="checkbox"/>
מסלול כללי	1/170		<input type="checkbox"/>
בחירה במסלול כללי מתאפשרת רק במידה והיית עמית במסלול זה ביום 31.12.2015			

מסלולי ההשקעה בקרן הפנסיה נבדלים ברמת הסיכון והתשואה הצפויה לכספך המושקעים בקרן.

רכיב פיצויים

שם מסלול השקעה	קוד מסלול	שיעור מתוך סכום ההפקדה	
מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחדל	1/170		<input type="checkbox"/>
מסלול לבני 50 ומטה	1/170		<input type="checkbox"/>
מסלול לבני 50 עד 60	1/170		<input type="checkbox"/>
מסלול לבני 60 ומעלה	1/170		<input type="checkbox"/>
מסלול אג"ח	1/170		<input type="checkbox"/>
מסלול מניות	1/170		<input type="checkbox"/>
מסלול אג"ח עד 15% מניות	1/170		<input type="checkbox"/>
מסלול הלכה	1/170		<input type="checkbox"/>
מסלול כללי	1/170		<input type="checkbox"/>
בחירה במסלול כללי מתאפשרת רק במידה והיית עמית במסלול זה ביום 31.12.2015			

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספך במסלול ברירת המחדל. במקרה שבו לא נקבע בהסכם קיבוצי או הסכם אחר כי הפקדה לרכיב פיצויים תבוא במקום פיצויי פיטורים לפי חוק פיצויי פיטורים, בחירה במסלול השקעה לכספי פיצויים השונה ממסלול ברירת המחדל בקרן תותנה בקבלת אישור המעסיק.

דמי ניהול בקרן הפנסיה

שיעור דמי ניהול מצבירה (שנתי)	שיעור דמי ניהול מהפקדה (חודשי)
%	%



עמית עצמאי

לגבי עמית עצמאי בלבד - שיעור התגמולים הקובע ואופן חישוב ההכנסה הקובעת יהיו 16%

פרטי תשלום של עמית עצמאי

תדירות תשלום	תאריך תחילת גבייה	סכום הפקדה
		₪

למילוי על ידי עמית שמצטרף באמצעות הצטרפות ישירה (ללא סוכן פנסיוני, משווק פנסיוני או יועץ פנסיוני)

אנא סמן אם מתקיימים אצלך אחד או יותר מאלה:

- אני עמית פעיל בקרן פנסיה וותיקה.
 אני מבוטח פעיל בקופת ביטוח (ביטוח מנהלים).

אישורים

ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול קופת הפנסיה שלי ותפעולה, ובכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות, תקנות הגנת הפרטיות, והנחיות רשם מאגרי מידע בהתאם לסמכותו לפי חוק הגנת הפרטיות.

אני מסכים/ה כי מסמכים והודעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת _____
 וזאת במקום באמצעות הדואר.

אני מעוניין/ת לקבל פניות שיווקיות לגבי מוצרים או שירותים של החברה ושל חברות בקבוצת החברות בה מנויה החברה.

ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל FaxFin@Clal-Ins.co.il או לכתובת: ראול ולנברג 36 תל אביב ת.ד. 58250.

חתימה

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן הפנסיה, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן הפנסיה: www.clal.co.il

פרטי בעל רישיון

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

רשימת מסמכים מצורפים

- הצהרת בריאות (בכפוף לשיקול הדעת של החברה המנהלת)
 ייפוי כח - בהתאם להוראות הממונה
 מסמך הנמקה - בהתאם להוראות הממונה
 טופס הוראה לחיוב חשבון - עצמאי (רשות)
 הוראה להפקדה חד פעמית - עצמאי (רשות)
 כתב מינוי אפוטרופוס - (חובה ככל שאפוטרופוס מעורב בתהליך)
 טופס בקשה להעברת כספים - בהתאם להוראות הממונה (רשות)
 תעודת זהות בצירוף ספח פתוח(חובה במקרה של ויתור על כיסוי ביטוחי)
 בקשה לסיווג התשלומים כתשלומים פטורים (רשות)

חתימת העמית*: _____ תאריך חתימה*: _____

חתימת בעל רישיון: _____ תאריך חתימה: _____

חתימת אפוטרופוס: _____ תאריך חתימה: _____



**1. פרטים כלליים**

שם המשפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	תאריך לידה	משקל בק"ג גובה בס"מ
-----------	---------	-----------	--	------------	---------------------

2. שאלון מבוא כללי והרחבת שאלון עישון

לא	כן	שאלון
		1 האם הנך מעשן בין 21 – 40 סיגריות ליום?
		2 האם הנך מעשן מעל 40 סיגריות ביום?
		3 האם הינך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום?
		4 האם צורך / צרכת סמים כעת או בעבר?
		5 האם, ככל שידוע לך, קיימת מחלה ו/או הפרעה אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה, הקשורים ללב, סרטן, כלי דם, כליות, סוכרת, מערכת העצבים, הפרעה תורשתית, אם כן נא פרט בשאלון.

3. האם אצל מישוה מבין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחת או יותר מהמחלות/הפרעות/מומים כלהלן? על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים.

לא	כן	שאלון
		1 במערכת העצבים והמוח - לרבות אפילפסיה, כאבי ראש חריפים, מיגרנה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורת, התעלפויות, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיגור, אוטיזם, הפרעות קשב וריכוז, הפרעה ו/או עיבוד התפתחותי
		2 בנפש - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח (ציקלותמיה) סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית (PTSD)
		3 בדרכי הנשימה, ריאות - לרבות אסטמה, מחלת ריאות חסימתית (COPD), דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.
		4 בעור - פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור
		5 בלחץ דם מערכת הלב וכלי הדם - לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב ו/או הולכה, אישה, הפרעה במסתמים, מום, צינתור, טרומבוז, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית (PVD).
		6 במערכת העיכול - לרבות החזר ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס.
		7 בקע/הרניה - לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או בצלקת ניתוחית
		8 בכבד, במרה, בבלבב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בכיס ו/או דרכי מרה, דלקת בבלבב (פנקריאטיטיס).
		9 בכליות בדרכי השתן וערמונית - לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, אי ספיקה, כליה פוליציסטיית, ערמונית מוגדלת.
		10 מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון (גאוס), FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה / פרולקטינימה, הפרעות גדילה, הזעת יתר
		11 בדם, בטחול, במערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון
		12 מחלות זיהומיות, מחלות מין - לרבות איידס (גם נשאות), שחפת
		13 מחלות ממאירות, גידולים ממאירים - לרבות גידול סרטני ו/או טרום סרטני.
		14 במערכת השלד והשרירים - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים / רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן (אוסטאופורוזיס / אוסטאופניה), פרטס.
		15 במערכת הראיה - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מס' 7, אובאיטיס, קרטוקונוס
		16 באף, אוזן, גרון - פגיעה בשמיעה, מנייה, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול, אילמות
		17 במערכת המין והרבייה - לרבות גוש בשד, דימומים בלא קשר למחזור, כעת בהריון, רחם שרירי, צניחת רחם ו/או נרתיק, בעיות פרייון (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיר, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.
		18 מחלות ראומטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית (אוסטוארטרוזיס), דלקת מפרקים שיגרנית (ראומטיד ארטריטיס), לופוס (זאבת), פיברומיאלגיה.

4. שאלות נוספות

לא	כן	שאלון
		1 האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע ו/או מצוי במעקב רפואי. נא פרט _____
		2 האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? אם כן, נא פרט _____
		3 האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה עם ממצאים חריגים? כא-כב
		4 האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות. כב
		5 האם הומלץ על אשפוז סיעודי ו/או ניתן לך טיפול סיעודי בבית ו/או במוסד, מקבל ו/או קיבלת גמלת סיעוד, משתמש בעזרי נייודות כדי ללכת, שימוש בקטטר לשתן/מעיים/קיבה או אחר, אי שליטה על סוגרים, נפילות חוזרות, מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות, להתרחץ, להתגלח, להתלבש, להתפשט, לקום, לשכב.

ייתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נתן/נתן בזה רשות לכל קופות החולים ו/או לכל גוף אחר או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, וכן לחברות הביטוח למסור לידי כלל פנסיה להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שהנני חולה בה כיום, ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרפאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים

ו/או כל סניף מסניפיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהייה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.
כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. וכן הנני מייפה את "המבקש" לאסוף מידע שייראה בעיניו חשוב בכל המגע לבריאותי.

שם העמית _____ ת. זהות _____ תאריך _____ חתימה **X**

(שם הגוף המוסדי) _____

הרשאה מתמשכת לבעל רשיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רשיון) (נספח ב' 2)

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כח של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני 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 (סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני, במקרה של בעל רשיון שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד)

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

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני ומי מטעמו¹, לפנות בשמי לגוף המוסדי² המפורט לעיל לשם קבלת מידע³ אודות מוצרים פנסיוניים⁴ ותכנית ביטוח⁵ הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשות להצטרפות למוצר או העברת בקשות לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית.

ג. הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

1. מס' חשבון הלקוח במוצר	2. מספר קידוד של המוצר	3. סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רשיון מטפל
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<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.
 * במקרה של בקשת מידע בלבד אין חובה לקדד במספר הקידוד של המוצר הפנסיוני את ספרות המסלול.

* אם סימנתי v בעמודה השלישית, סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.
 1. ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסוים)
 שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:
 בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע על מוצר מסוים, תוך 10 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
 בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה 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 _____	שם סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני _____ חתימת סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני _____ תאריך החתימה _____

(1) "מי מטעמו" - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרשיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פנייה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (יעוץ, 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 המוצר" - לרבות פרטי הגוף 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 שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שדרוש.

(4) "מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני שהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני שהגדרתה בסעיף 31(ז)(2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.

(5) "תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.

איך תדאגי לפנסיה שלך?

קרן הפנסיה שלך תעניק לך קצבה חודשית לאחר פרישה מעבודה, וכיסוי ביטוחי למקרה שלא תוכל להמשיך לעבוד או למקרה מוות.

1 | ביטוח בקרן הפנסיה

קרן הפנסיה שלך מספקת שני סוגים של כיסויים ביטוחיים במהלך תקופת העבודה:

ביטוח למקרה נכות - אם לא תוכל/י להמשיך לעבוד כתוצאה ממצב רפואי מתמשך, תוכל/י לקבל מקרן הפנסיה קצבה חודשית לתקופת הנכות.

ביטוח למקרה מוות - אם תלך/י לעולמך חס וחלילה, בן/בת הזוג שלך יקבל קצבה חודשית מהקרן לכל ימי חייו/ה וילדיך יקבלו קצבה חודשית עד גיל 21.

- תוכל/י לבחור מסלול ביטוח בקרן המתאים לצרכיך בכל עת באמצעות שליחת בקשה בעניין לקרן.
- אם אין לך בן/בת זוג וילדים, באפשרותך לוותר על כיסוי ביטוחי למקרה מוות. שים/י לב, עליך לחזור וליידע את הקרן כל שנתיים שלא חל שינוי במצבך, כדי שלא יגבו ממך את עלות הביטוח מחדש.
- בחמש השנים הראשונות בקרן פנסיה לא תקבל/י פיצוי אם מקרה הביטוח נובע ממחלה שהייתה לך לפני שהצטרפת לקרן פנסיה.

שים/י לב!

- באפשרותך לשמור על הכיסוי הביטוחי מקרנות קודמות שצברת לאורך תקופת החיסכון ולהוזיל את עלויות הביטוח באמצעות העברת הכספים לקרן החדשה שלך.
- הפסקת הפקדות לקרן מבטלת את הכיסוי הביטוחי ולא תוכל/י להשיג לאחר מכן את אותם התנאים.
- במקרה של הפסקת עבודה (לדוגמה, בעקבות חופשת לידה מעל 5 חודשים), ניתן לשמור על רציפות הכיסוי הביטוחי למשך תקופה מוגבלת, ע"י תשלום עבור הכיסוי הביטוחי בלבד.

2 | חיסכון בקרן פנסיה

הקצבה החודשית של פנסיה תקיבע בהתאם לסכום שמופקד מדי חודש, הרווח ששיג הכסף שלך, ובניכוי דמי ניהול ועלות הכיסוי הביטוחי.

חיסכון לתקופה ארוכה יותר, דמי ניהול נמוכים יותר, ואי משיכת כספים לאורך תקופת החיסכון יבטיחו לך קצבה חודשית גבוהה יותר.

● לבחירתך עומדים מספר מסלולי השקעה בקרן הפנסיה.

שים/י לב!

- משיכת פיצויים עלולה להקטין את הקצבה החודשית שלך בכ-40%.

3 | דמי ניהול בקרן פנסיה

● עבור ניהול כספי החיסכון שלך תשלם דמי ניהול לקרן הפנסיה.

● להלן דמי הניהול המוצעים הנגבים מעמיתים בקרן **כלל פנסיה**.

דמי ניהול ממוצעים בקרן בשנת 2016	מסך החיסכון	מההפקדה החודשית
	0.26%	2.79%

שים/י לב!

- שיעור דמי הניהול משפיע על גובה החיסכון שיעמוד לרשותך בגיל פרישה.