

פרטי משווק פנסיוני

שם הסוכן: _____ מס' סוכן: _____ סוכנות: _____ מס' סוכנות: _____ שם המפקח: _____ מס' המפקח: _____

בקשת הצטרפות ל"איילון פיסגה" - קרן פנסיה חדשה מקיפה פנסית חובה

1. פרטים אישיים							
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מין	תאריך לידה	מצב משפחתי	שם מש' קודם	שם האב
				/ /	נ / ר / ג / א		
רחוב	מספר	ת.ד.	ישוב	מיקוד			
טלפון בבית	טלפון נייד	טלפון בעבודה	כתובת דואר אלקטרוני				
פרטי בן/בת הזוג							
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מין	תאריך לידה	מצב משפחתי	שם משפחה קודם	
				/ /	נ / ר / ג / א		

2. פרטי ילדים עד גיל 21				
שם פרטי ומשפחה	מס' ת.ז.	כתובת	תאריך לידה	מין
1.			/ /	נ / ר
2.			/ /	נ / ר
3.			/ /	נ / ר
4.			/ /	נ / ר

3. מינוי מוטבים (בהיעדר שארים)*					
הנני הח"מ מורה בזאת כי באין שארים במועד פטירתי (כהגדרתם בתקנון "הקרן"), יהיו המוטבים בתכנית הפנסיה על שמי אצלכם כדלקמן:					
שם פרטי ומשפחה	מס' ת.ז.	כתובת	מין	תאריך לידה	קירבה
1.				/ /	החלק ב-%
2.				/ /	

*בהעדר שארים ו/או מוטבים תועבר היתרה הצבורה ליורשים על פי דיין.

4. מסלול ביטוח מבוקש (נא לסמן X)	
<input type="radio"/> מסלול בסיסי	<input type="radio"/> מסלול עתיר חסכון (במסלול זה גיל פרישה 60)
<input type="radio"/> מסלול פרישה מוקדמת (במסלול זה גיל פרישה 60)	<input type="radio"/> מסלול עתיר ביטוח שאירים
<input type="radio"/> מסלול בסיסי מהווה את מסלול ברירת המחדל למי שלא בחר במסלול ביטוח אחר.	
<p>ויתור על כיסוי ביטוחי לסיכונים מוות (לרווקה/בלבד; בנוסף למסלול הנבחר) ביטוח רווקה ללא שאירים לתקופה של עד 24 חודשים אני ח"מ מצהירה/בזאת כי אין לי בן/בת זוג ו/או ילדים מתחת לגיל 21 בעת חתימתי זו ומתחייב בזאת ליידע מיידית את קרן הפנסיה בעת שינוי מצבי המשפחה. התקופה הנ"ל ניתנת להארכה בכפוף לתקנון הקרן.</p>	
תאריך	חתימת המועמד

5. מסלול השקעות (נא לסמן X)	
<input type="radio"/> מסלול "פיסגה כללי"	<p>אני מאשר ומורה לכם להעביר וליתן כל מידע המצוי ו/או אשר יהיה מצוי אצלכם בקשר עם החשבון על-שמי אצלכם לידי מנהל ההשקעות ו/או חברות מקבוצת מנהל ההשקעות. הרשאתי זאת ניתנת לכם בין היתר, מכוח חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981.</p>
<input type="radio"/> מסלול "הדס איילון" - בניהול הדס ארזים ניהול תיקים בע"מ	
<input type="radio"/> מסלול "כהלכה" - בניהול איילון פתרונות פיננסים	
<input type="radio"/> מסלול "פסגות איילון" - בניהול פסגות בית השקעות בע"מ	
<input type="radio"/> מסלול "פיסגה כללי" מהווה את מסלול ברירת המחדל למי שלא בחר במסלול השקעות אחר.	
חתימה	

6. מעמד העמית, פרטי ואופן ההפקדה, מבנה הפקדות

מעמד עמית בקרן		אופן תשלום		אופן הצמדה	
שכיר <input checked="" type="checkbox"/>		יזום על ידי מעסיק <input type="checkbox"/> הרשאה לחיוב חשבון <input type="checkbox"/>		צמוד לשכר <input type="checkbox"/> צמוד למדד המחירים לצרכן <input type="checkbox"/> לא צמוד למדד המחירים לצרכן <input type="checkbox"/>	
חודש הפקדה ראשון של העמית		בסיס שכר חודשי להפקדות כעמית שכיר		הפקדות חודשיות (כ- % מבסיס שכר חודשי להפקדות)*	
/		ש"ח		עמית שכיר	
%		%		תגמולי עובד % תגמולי מעביד % פיצויים %	
*% הפקדה עפ"י צו ההרחבה					
תאריך		חתימת המועמד		חתימה וחוקמת המעסיק	

7. פרטי המעסיק

שם המעסיק		כתובת המעסיק		מס' ח.פ./ח.צ.ת.ז.	
טלפון		מס' פקס		איש קשר	
טלפון נוסף					

8. שאלון הצהרה על מצב בריאות

יש לסמן ב- X את התשובה המתאימה, במידה והתשובה חיובית ("כן") אגא פרט בעמודת הערות.

פירוט/הערות	כן	לא
1. האם נקבע לך ע"י המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון, או גורם אחר כלשהו- שיעור נכות של 35% או יותר, והוגשה מטעמך בקשה אשר הדין בה טרם הסתיים לקביעת דרגת נכות כאמור?		
2. האם אושפזת בבית חולים כתוצאה ממחלה או תאונה במשך שלוש השנים האחרונות?		
3. האם את/ה חולה או היית חולה או טופלת בקשר למחלות הבאות: לב וכלי דם, לחץ דם גבוה, סוכרת, כליות, כבד, סרטן, בעיות נפשיות או מחלה כרונית אחרת?		
4. האם הנך חולה איידס או אתה נושא נגיפי איידס?		
גובה: ס"מ משקל: ק"ג עישון: , אם כן, כמה ליום?		
עיסוק:		

הצהרה וויתור על סודיות רפואית

הריני מצהיר כי כל תשובתיי על כל השאלות הכלולות בכל דפי ההצהרה, הן מלאות וכנות ולא החסרתי או העלמתי מאומה. הנני יודע/ת כי תשובות כוזבות או לא מלאות ביוזעתי או בכוננה מקנות ל"אילון פיסגה-קרן פנסיה/מקיפה/ספרינג-ניהול קרן פנסיה בע"מ (להלן: "הקרן") את הזכות לבטל את חברתי בקרן ולבטל את זכויותי וזכות שאירי בקרן. ידוע לי שמטרת מסירת המידע הנה הצטרפות כעמית בקרן, ו/או לצירופי וטיפול בכל העניינים הנובעים מחברותי בקרן והקשורים אליה. אני הח"מ נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או בתי חולים ו/או קופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לטניפיה ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לכל עובדיהם מכל סוג ומין (להלן: "המוסדות") למסור ל"אילון פיסגה-קרן פנסיה/ספרינג-ניהול קרן פנסיה בע"מ (להלן: "הקרן") ו/או למי מטעמה את כל הפרטים המצויים בידי המוסדות באופן שתידרש "הקרן" על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת. אני משחרר בזה את כל מידע לקרן מכל תיק שניפתח על שמי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי "הקרן" ולא תהיה לי כלפי המוסדות כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למידע האמור. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדיו ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

תאריך	חתימת המועמד
-------	--------------

9. הצהרות והתחייבויות

אני חותם/ה מבקשת/ה להתקבל כמבוטח/ת ב"אילון פיסגה-קרן פנסיה מקיפה (להלן "קרן פנסיה") המנוהלת על ידי ספרינג ניהול קרן פנסיה בע"מ, ולאחר שבדקתי את האפשרויות העומדות לפני, אני מצהיר/ה בזה על אמיתות פרטים וכי אם אתקבל כמבוטח/ת בקרן פנסיה:

1. הנני מתחייב/ת בזאת למלא את תנאי הקרן פנסיה, החלטות מוסדותיה והוראות המחייבות.	
2. ידוע לי כי זכויותי וזכויות שאירי יקבעו בהתאם לתקנון קרן הפנסיה ולשינויים בהן עפ"י דרישות הממונה על שוק ההון באוצר או באישורו.	
3. ידועה לי כי התקרה החוקית להפקדות בקרן הפנסיה 20.5% בכפל השכר הממוצע במשק, או כפי שיקבע בהסדר התחיקתי. אני מאשר על כן, כי כל הפקדה החורגת מתקרה זאת, תועבר לחשבון נפרד בקרן פנסיה הכללית "אילון פיסגה מנהלים" קרן פנסיה משתתפת ברווחים שבניהול "ספרינג ניהול קרן פנסיה בע"מ".	
4. הנני מצהיר/ה בזאת כי כל מידע המפורט לעיל, ניתן מרצוני לצורך קביעת זכויותי על פי תקנון קרן פנסיה.	
5. הנני מסכים/ה כי כל מידע המפורט לעיל, ימסר לצורך עיבודו ואחסונו לכל אדם או גוף שקרן הפנסיה ו/או מי מטעמה ימצאו לנכון וכן כי ניתן יהיה להעביר את פרטי לתאגידים מקבוצת אילון על מנת שניתן יהיה להציע לי שירותים ומוצרים של חברות בקבוצת אילון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981	
6. הריני נותן/ת לכם בזה הוראה בלתי חוזרת לנכות את עלות הכיסוי הביטוחי מיתרת הזכאות הצבורה בחודשים בהם לא אשלם דמי גמולים (תקופת כיסוי מכסימלית חמישה חודשים).	
7. ידוע לי כי במידע ואפסוקי חברותי בקרן, מכל סיבה שהיא, בהתאם לתקנון הקרן, ואבקש לחדש את חברותי בקרן יהיה דין לגבי כדיוני של העמית חודש בקרן לכל דבר ועניין.	
8. הנני מצהיר/ה כי כתובתי בארץ היא כמצויין בטופס זה ותוכלו לפנות לפיה עד שתתקבל ממני הודעה בכתב על שינוי כתובתי.	
9. הנני מצהיר/ה ומאשר/ת כי פרטים שמסרתי בבקשה זאת הינם נכונים ומדויקים ואני מתחייב/ת להודיעכם על שינוי שחילוף בפרטים אלו. ידוע לי כי הנהלת קרן הפנסיה תהא רשאית לשלול ו/או להפחית תשלומים ו/או פנסיה ו/או זכויות כלשהן אם נמסרו פרטים בלתי נכונים ו/או מדויקים שיש בהם דכי להשפיע על זכויותי בקרן פנסיה.	

תאריך	חתימת המועמד
-------	--------------

הוראה לתשלום באמצעות כרטיס אשראי בחתימת בעל הכרטיס

תאריך:

אני מר/גב' ת.ז. כתובת בעל כרטיס אשראי
 שמספרו בתוקף עד
 ישראל יוזה דיירט

מאשר בזאת כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין הפוליסה האמורה. טופס ביצוע תשלום זה, נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה לחברת הביטוח להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי. הנני מסכים כי הסדר תשלום זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום על מועד סיום ההתקשרות. ידוע לי, כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר. ידוע לי כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח.

 **חתימת בעל הכרטיס**

הרשאה לחיוב חשבון

קוד מסלוקה		סוג חשבון	מס' חשבון בנק																	
בנק	סניף																			
אסמכתא / מס' מזהה של הלקוח בחברה												קוד מוסד								
												6	3	9						

לכבוד
 בנק
 סניף
 כתובת הסניף

1. אני/ו הח"מ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק מס' זהות / ת.פ.
 כתובת רחוב מס' עיר מיקוד
 נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם בגין (מהות/סוג התשלום)
 בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או ברשימות ע"י איילון חברה לביטוח בע"מ כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".

- ידוע לי/לנו כי:
 - הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ולאילון חברה לביטוח בע"מ שתכנס לתוקף, יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול ע"י הוראת כל דין.
 - אחיה/נהיה רשאים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שההודעה על כך תימסר על-ידי/ינו לבנק בכתב לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
 - אחיה/נהיה רשאים לבטל חיוב, לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכז/נוכח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
 - ידוע לי/נו, כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
 - ידוע לי/נו, כי סכומי החיוב בכתב ע"י הרשאה זו ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
 - הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
 - הבנק רשאי להוציא/ינו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
 - נא לאשר לאילון חברה לביטוח בע"מ בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

פרטי ההרשאה
סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י איילון חברה לביטוח בע"מ על פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.

תאריך חתימת בעלי החשבון 

אשור הבנק

קוד מסלוקה		סוג חשבון	מס' חשבון בנק																	
בנק	סניף																			
אסמכתא / מס' מזהה של הלקוח בחברה												קוד מוסד								
												6	3	9						

לכבוד
 איילון חברה לביטוח בע"מ
 ת.ד. 10957 רמת-גן
 מיקוד 52008

קבלנו הוראות מ- לכבד חיובים בסכומים ובמועדים באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהן, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו, וכל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב ע"י בעל החשבון או כל עוד לא הוצא בעל החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבותכם כלפינו לפני כתב השיפוי שנמסר לנו על ידכם.

בכבוד רב

תאריך בנק סניף חתימת וחותמת הסניף