



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר תכנית

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ בקשה לשינויים בקרן הפנסיה 'מגדל מקפת אישית'

טופס מספר **493**

א. פרטי המבוטח				
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ישוב	מיקוד
כתובת דואר אלקטרוני				

ב. בקשה לשינויים/בתנאי התכנית (סמן ב-X את השינויים המבוקשים/ים)		
<input type="checkbox"/> מסלול פנסיה (ג')	<input type="checkbox"/> שמירת זכויות לפנסיות נכות ושארים בהפסקת תשלומים (ו')	<input type="checkbox"/> חלוקת שכר והפרשות (ט')
<input type="checkbox"/> גיל פרישה (ד')	<input type="checkbox"/> בחירה באפשרות לפנסיות נכות גדלה (ז')	<input type="checkbox"/> התחלת עבודה אצל מעסיק חדש (י')
<input type="checkbox"/> ויתור על כיסוי ביטוחי למקרה מוות ו/או נכות (ה')	<input type="checkbox"/> מוטבים (ח')	<input type="checkbox"/> מינוי סוכן (יא')

ג. מסלול ביטוח מבוקש (יש לבחור מסלול אחד בלבד)	ד. גיל פרישה - סמן:	ה. מבוטח בודד - ויתור על כיסוי ביטוחי למקרה מוות / נכות
<input type="checkbox"/> בסיסי (21)	גבר <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67	<input type="checkbox"/> מבוטח ללא בת זוג, עם ילדים עד גיל 21* <input type="checkbox"/> מבוטח ללא בת זוג וללא ילדים עד גיל 21* * עפ"י התקנות ילדים מעל גיל 21 אינם נחשבים לשאירים ולכן לא זכאים לפנסיות שאירים.
<input type="checkbox"/> מוטה נכות (3)	אישה <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67	נא לצרף תצלום תעודת זהות כולל ספח המעיד על המצב משפחתי הצהרה אני מצהיר כי אין לי אישה/בעל או ידועה/בציבור עם/ללא ילד שגילו 21 ומטה או בן מוגבל כהגדרתם בתקנות קרן הפנסיה ואני מבקש להצטרף לקרן למסלול פנסיה ללא כיסוי ביטוחי לבת זוג (עם ילדים / ללא ילדים). ידוע לי כי ביטול הכיסוי האמור הינו ל-24 חודשים ואני מתחייב להודיע לקרן בכתב לפני תום התקופה הנ"ל על המשך היותי ללא בת זוג (עם ילדים/ ללא ילדים). כמו כן ידוע לי כי במקרה ולא אתן לקרן הודעה כאמור, אהיה מבוטח גם בכיסוי ביטוחי לסיכונים מוות בהתאם למסלול שחל עליי. אני מתחייב להודיע לקרן בכתב על כל שינוי שיחול בהצהרה כאמור לעיל.
<input type="checkbox"/> מוטה שאירים (4)	ידוע לי כי אם כתוצאה מבחירת אחד המסלולים הנ"ל יגדל הכיסוי הביטוחי למקרה נכות או פטירה, תחול תקופת אכשרה של 60 חודשים לגבי תוספת הכיסוי הביטוחי למקרה של נכות או פטירה שנבצע ממחלה, תאונה או מום שלקיתי בהם לפני מועד הגדלת הכיסוי כאמור.	ויתור על כיסוי ביטוחי לאחר גיל 60: (ניתן לוותר על כיסוי אחד או על שניהם) <input type="checkbox"/> ויתור על כיסוי ביטוחי לשאירים <input type="checkbox"/> ויתור על כיסוי ביטוחי לנכות הריני להודיעכם בזאת כי אני מוותר על הכיסוי הביטוחי לפנסיות נכות ו/או על הכיסוי הביטוחי לפנסיות שאירים (על פי הסימון לעיל באחד הכיסויים או בשניהם). ידוע לי כי הויתור על הכיסוי הביטוחי כנ"ל מותנה בכך שגילי עולה על 60 וכי בהתאם לבקשתי זו לביטול הכיסויים הביטוחיים, לא ינכו העלויות לכיסויים הביטוחיים מתכנית הפנסיה שעל שמי.
<input type="checkbox"/> מוטה נכות ושאירים (10)	ידוע לי כי בחירתי במסלול ו/או בגיל פרישה כמפורט בטופס זה, תחול על כל תכניות הפנסיה שעל שמי במגדל מקפת אישית.	חתימת המבוטח *
<input type="checkbox"/> בן מוגבל נבחר * (13) מצ"ב הצהרת בריאות לבן מוגבל	לתשומת לבך: מבוטח שלא סימן בטופס מסלול ביטוח ו/או גיל פרישה, יחול עליו מסלול בסיסי וגיל פרישה 67 לגבר ולאשה.	
<input type="checkbox"/> אישי (2): ציין את שיעור פנסיות הנכות ושיעור פנסיות האלמנה המבוקש באחוזים מהמשכורת, שיעור פנסיות נכות % שיעור פנסיות אלמנה %.		

* שים לב! הטבלה הבאה מיועדת אך ורק למילוי בבחירת מסלולי ביטוח להורה נבחר או בן מוגבל נבחר (מסלולים 6, 7 או 13)					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	קרבה
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	ישוב	מיקוד	מספר טלפון	

ו. שמירת זכויות לפנסיות נכות ושאירים בהפסקת תשלומים
אם ברצונך לבחור באפשרות של שמירת זכויות לפנסיות נכות ושאירים-ריסק זמני אוטומטי - סמן: כן, (אם לא תסמן אפשרות זו, משמעה שלא נבחרה) אני מורה לכם כי בכל מקרה של הפסקת תשלומים, ינוכו דמי סיכון ממרכיב תגמולי המבוטח בירתת הזכויות הצבורה הרשומה על שמי וזאת לתקופה שלא תעלה על תקופת הביניים, כהגדרתה בתקנות הקרן וזאת על מנת לשמור על רמת הכיסוי הביטוחי כפי שהייתה במועד תשלום דמי התשלום האחרון לקרן. אם ארצה לבטל את ההסדר לתשלום דמי הסיכון כאמור, אודיע לכם בכתב בתוך 21 ימים ממועד התשלום האחרון לקרן.

ז. בחירה באפשרות לפנסיות נכות גדלה
אם ברצונך לבחור באפשרות לפנסיות נכות גדלה - סמן: כן, (אם לא תסמן אפשרות זו, משמעה שלא נבחרה) אבקש כי במקרה של נכות תגדל פנסיות הנכות המשולמת לי בשיעור של 2% לשנה וזאת החל מהחודש ה-37 לתשלום פנסיות הנכות. ידוע לי כי העלות הנוספת לרכישת כיסוי זה, תקטן את החיסכון לפנסיה בגיל הפרישה.

ח. מוטבים				
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה למבוטח	החלק ב-%



תק"ט 810100022 (01.2015)



מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

ט. חלוקת השכר וההפרשות			
מספר תכנית	שכר לתכנית	מרכיב הפיצויים (%)	מרכיב תגמולי מעסיק (%)
		%	%
		%	%

* שיעור ההפרשות משתנה על-פי צו הרחבה לביטוח פנסיוני מקיף במשק לפי חוק הסכמים קיבוציים התשי"ז - 1957, כפי שידוע במועד העדכון.

י. התחלת עבודה אצל מעסיק חדש			
פרטי המעסיק			
מספר ח"פ / ח"צ / זהות	שם מעסיק	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד

נתוני שכר / הפרשות / פרטי גבייה / מעמד מבוטח			
שכר חודשי התחלתי (בש"ח)	לפיצויים ב-%	לתגמולי מעסיק ב-%	לתגמולי עובד ב-%
%	%	%	%
מעמד המבוטח <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> שכיר בעל שליטה			

פרטים נוספים (למילוי על-ידי המעסיק)

שליטה בכספים שהופקדו למרכיב פיצויים - חובה לסמן אחת מן האפשרויות שלהלן:	
<p>הסכם לפי סעיף 14</p> <p>קיים בין העובד והמעסיק הסכם עבודה שחל עליו סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין התשכ"ג - 1963 בהתאם לאישור כללי בדבר תשלומי מעבידים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצויי פיטורין.</p> <p><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>	
<p>יותר אוטומטי</p> <p>המעסיק מאשר שהעובד יהיה זכאי למרכיב הפיצויים בכל מקרה, והוא מוותר בזאת ויתור בלתי מותנה על השליטה בכספי מרכיב הפיצויים והוא נותן בזאת הוראות בלתי חוזרות לחברה לשלם את מרכיב הפיצויים למבוטח.</p> <p><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>	
<p>זכאות ללא תנאי</p> <p>לעובד זכאות ללא תנאי לענין משיכה ממרכיב הפיצויים.</p> <p>המעסיק מאשר כי העובד יהיה זכאי למשך את כספי הפיצויים ללא תנאי החל מתאריך _____ או בתום שלוש שנות עבודה של העובד אצל המעסיק ממועד התחלת העבודה הנקוב לעיל, המוקדם מבין המועדים הנ"ל.</p> <p>המעסיק מאשר כי זכותו של העובד ליתרת הכספים בקרן הפנסיה לרבות מרכיב הפיצויים כאמור לעיל היא הוראה בלתי חוזרת לקרן, לפעול בהתאם לקבוע לעיל בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי והיא איננה ניתנת לביטול או לשינוי. זכאותו של העובד כאמור לעיל לא תחול אם התקיימו התנאים המצדיקים פיטורים ללא פיצויים בהתאם לסעיפים 16 או 17 לחוק פיצויי פיטורין התשכ"ג - 1963.</p> <p>1. בהתקיים התנאים המפורטים לעיל, רכיב הפיצויים בקרן יחושב לפי הנמוך מבין:</p> <ul style="list-style-type: none"> א. התשלומים ששילם המעסיק לרכיב הפיצויים לקרן בגין העובד כשהם צמודים למדד. ב. התשלומים ששילם המעסיק לרכיב הפיצויים בגין העובד מחושיבים לפי נוסחת ערך הפדיון (ההפקדות לרכיב הפיצויים בניכוי דמי ניהול ובתוספת תשואה, הכל כאמור בתקנות הקרן). ג. סך ערך הפדיון בשל תקופת העבודה אצל המעסיק. <p>2. במקרה בו הסכום על-פי סעיף א' לעיל עולה על מרכיב הפיצויים על-פי סעיף ב' לעיל, תנוכה ההשלמה ממרכיב תגמולי המעסיק ותגמולי העובד, בהתאם לחלקם היחסי של התשלומים למרכיבים אלה.</p>	

דמי הגמולים ברכיב הפיצויים, המופקדים על ידי המעסיק בגין מבוטח שכיר, יושקעו באפיק השקעה כללי, אלא אם הודיע המעסיק בכתב לקרן על-ידי חתימתו בטופס זה להלן, או אחר, על הסכמתו כי העובד רשאי לבחור בכל אפיק השקעה לענין רכיב הפיצויים בדמי הגמולים שיופקדו בתקופת עבודתו אצל אותו מעסיק. האמור לעיל לא יחול על דמי גמולים ברכיב הפיצויים שנקבע לגביהם שהם באים במקום פיצויי פיטורים לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים - תשכ"ג 1963. אני המעסיק מסכים, שאפיק ההשקעה שנבחר על-ידי העובד, יחול גם על דמי הגמולים ברכיב הפיצויים.

חתימת המעסיק ★

התחייבויות והצהרות המעסיק:

בחתימתו על טופס זה מסכים המעסיק לתנאים כפי שנבחרו בטופס זה ככל שהם נוגעים אליו והוא מתחייב לשלם את דמי הגמולים כמפורט בטופס זה ולהעבירם לקרן הפנסיה במועדים כקבוע בהסדר התחיקתי.

המעסיק מאשר כי החתומים מטה מוסמכים לחתום בשמו וכי חתימתם על טופס זה מחייבת אותו לכל דבר ועניין.

המעסיק מצהיר כי כל הפרטים וכל הנתונים הנזכרים לעיל הינם נכונים ומלאים והוא מתחייב למסור לחברה פרטים בכל מקרה של שינוי בפרטים או בנתונים כאמור.

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה ★ _____ תפקיד _____ חתימת המעסיק וחתימתו ★ _____



יא. הצהרות

1. ידוע לי כי מכלול זכויותי וזכויות שאירי ייקבעו בהתאם לבחירותיי כאמור לעיל ובכפוף לתקנות קרן הפנסיה כפי שיהיו מעת לעת.

2. אישור שמירה ושימוש בנתונים אישיים ואמצעי התקשורת עם המבוטח: בסעיף זה "מגדל" משמעה מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או חברות ו/או גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ. אני מאשר בזאת: (1) שהמידע שמסרתי בטופס הצטרפות זה נמסר מרצוני ובהסכמתי; (2) המידע והנתונים שמסרתי וכל עדכון שלהם ישמרו במאגרי המידע של מגדל וישמשו לבחינת הבקשה, לניהול השוטף של זכויות הפנסיה ו/או תיק הביטוח ו/או תיק ההשקעות של המוצרים הפיננסים שרכשתי במגדל, למתן שירותים במסגרת תוכנית הפנסיה ו/או המוצרים הפיננסיים, דיור ישיר, עיבוד מידע, פילוח שיווקי, וכן לצורך יצירת קשר לפנייה בהזמנה להציע הצעות לרכישת פוליסות ביטוח, קופות גמל, קרנות פנסיה, קרנות נאמנות ומוצרים נוספים של מגדל וקיום חובות על-פי דין בקשר עם האמור לעיל; (3) החברה תהא רשאית להעביר את המידע והנתונים אודותיי גם לסוכן הביטוח/ יועץ פנסיוני/ משווק פנסיוני המטפל בתוכנית הפנסיה מטעמי; (4) אם החברה תארגן פעילותיה במסגרת תאגיד אחר או תתמזג עם גוף אחר, היא תהא זכאית להעביר לתאגיד החדש העתק מן המידע שנאגר אודותיי ובלבד שתאגיד זה יקבל על עצמו כלפי מגדל הוראת אישור זה; (5) אני מסכים כי מידע ונתונים שמסרתי כאמור ישמשו גם לצורך יצירת קשר עימי, לרבות באמצעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר או אמצעי תקשורת אחר. אם לא אהיה מעוניין במידע או בפנייה כאמור מצד החברה, אוכל להודיע על כך לחברה בכל עת.

איני מעוניין שתשלחו אלי פניות שיווקיות לגבי מוצרים ו/או שירותים של מגדל.

3. העברת מידע בקווי תקשורת: אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התוכנית ו/או אודותיי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט או באמצעי תקשורת חליפי, למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח ("קווי תקשורת") וכן כי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך כי במקרה זה יתכנו תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים המהווים פגיעה בפרטיות וזאת על אף אמצעי אבטחת מידע סבירים שהחברה נוקטת וכל עוד החברה נוקטת באמצעי אבטחת מידע כאמור. החברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת.

4. בקשה לקבלת קוד למערכת מידע אישי: אני הח"מ מבקש ומאשר לקבל בדואר רשום או באמצעי קשר אחר קוד הפעלה ראשוני למערכת מידע אישי באתר האינטרנט של מגדל כהגדרתה להלן, אודות תוכניות ביטוח ו/או תוכניות פנסיה ו/או קופות גמל ו/או קרנות השתלמות ו/או מוצרים אחרים של מגדל ("אתר האינטרנט"). ידוע לי כי קוד הפעלה הראשוני יאפשר קבלת מידע מאתר האינטרנט רק בכפוף להשלמת תהליך הרישום לאתר האינטרנט.

חתימת
המבוטח ★

--	--	--	--	--

תאריך

