

# טופס הצטרפות לפרוגמל מנהלים

יש לצרף צילום ת"ז או צילום דרכון במידה ומדובר בתושב זר. ת.ז. ביומטרית: יש להעביר צילום של שני הצדדים.

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (\*)

פרטי הארגון האנאלי			
שם החברה המנהלת*	שם קופת גמל*	קוד קופת גמל	מספר החשבון של העמית בקופה
מיטב דש גמל ופנסיה בע"מ	מיטב דש גמל	874	

פרטי המארגן						
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מספר זהות/דרכון*	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
					זכר □ נקבה □	רווק □ נשוי □ גרוש □ אלמן □ ידוע בציבור □
ישוב*	ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד	
כתובת דוא"ל לקבלת הודעות ומסמכים		טלפון נייד	טלפון קווי	מעמד		
				שכיר □ עצמאי □ שכיר בעל שליטה □ עצמאי באמצעות מעסיק □		

פרטי המעסיק			
שם המעסיק*	כתובת המעסיק	מספר טלפון*	ת.פ. / עוסק מורשה

מסלולי ההשקעה בקופת גמל סמן את מסלול ההשקעה המבוקש ושיעור החלוקה המבוקש בין המסלולים (בין 0 ל-100%):

מסלולי ההשקעה בקופת הגמל נבדלים ברמת הסיכון והתשואה הצפויה לכספי המושקעים בקופה

שם מסלול השקעה	קוד מסלול	שיעור מתוך סכום ההפקדה	
מסלול השקעות משתנה ומוותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחדל		100%	<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל לבני 50 ומטה	7215		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל לבני 50 עד 60	103		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל לבני 60 ומעלה	551		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל שקלי	876		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל אג"ח צמוד מדד	875		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל מניות	877		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל אג"ח ללא מניות	223		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל אג"ח ממשלת ישראל	1386		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל שקלי טווח קצר	948		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל חו"ל	2051		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל הלכה	767		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל פאסיבי מדדי מניות	1689		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל פאסיבי מדדי אג"ח עד 25% במדדי מניות	1692		<input type="checkbox"/>

רכיב פיזיים

שם מסלול השקעה	קוד מסלול	שיעור מתוך סכום ההפקדה	
מסלול השקעות משתנה ומוותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחדל		100%	<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל לבני 50 ומטה	7215		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל לבני 50 עד 60	103		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל לבני 60 ומעלה	551		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל שקלי	876		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל אג"ח צמוד מדד	875		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל מניות	877		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל אג"ח ללא מניות	223		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל אג"ח ממשלת ישראל	1386		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל שקלי טווח קצר	948		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל חו"ל	2051		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל הלכה	767		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל פאסיבי מדדי מניות	1689		<input type="checkbox"/>
מיטב דש גמל פאסיבי מדדי אג"ח עד 25% במדדי מניות	1692		<input type="checkbox"/>

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 פיזיים תבוא במקום פיזיו פיטורים לפי חוק פיזיו פיטורים, בחירה במסלול השקעה לכספי פיזיים השונה ממסלול ברירת המחדל בקופה תותנה בקבלת אישור המעסיק.

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

**טמ"ג צמ"א**

לגבי עמית עצמאי בלבד - שיעור התגמולים הקובע ואופן חישוב ההכנסה הקובעת יהיו כדלקמן:  16% (ברירת מחדל)  אחר: \_\_\_\_\_

שים לב! בחירה השונה משיעור ברירת המחדל של הקופה מותנה בהצגת אסמכתה שלפיה דמי הגמולים מההכנסה המבוטחת חושבו לפי שיעור שונה.

פרטי תשלום של עמית עצמאי

סכום ההפקדה	תאריך תחילת הגבייה	תדירות תשלום
₪		

**אישורים**

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

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

כמו כן, ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיור לקבלת הודעות שיווקיות ודברי פרסומת, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל Amitim@mtds.co.il או לכתובת: ת.ד. 2442 בני ברק מיקוד 5112302

**חתימה**

באפשרותך לבחור לקבל מסמכים והודעות מטעם החברה באחד מהאמצעים שמולאו בפרטי העמית:

דואר אלקטרוני

הודעת טקסט (מסרון)

דואר ישראל

**לידיעתך! אם לא תבחר באחת מהאפשרויות המפורטות, יישלחו אליך מסמכים והודעות כפי שנקבע בהוראות הדין.**

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קופת הגמל, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קופת הגמל: [www.mtlds.co.il](http://www.mtlds.co.il)

**פנ"ל זמ"ל רישיון + (סוכן באיילון 22321)**

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

הצטרפות • העברה

**רשימת מסמכים מצורפים**

ייפוי כח - בהתאם להוראות הממונה

מסמך הנמקה - בהתאם להוראות הממונה

טופס הוראה לחיוב חשבון - עצמאי (רשות)

הוראה להפקדה חד פעמית - עצמאי (רשות)

כתב מינוי אפטרופוס (חובה ככל שאפטרופוס מעורב בתהליך)

טופס בקשה להעברת כספים - בהתאם להוראות הממונה (רשות)

בקשה לסיווג התשלומים כתשלומים פטורים (רשות)

שאלון הכר את הלקוח לעמית במעמד עצמאי

טופס הצהרת עמית לעמית במעמד עצמאי

**X**

חתימת העמית*	תאריך חתימה*
_____	_____
חתימת בעל הרישיון	תאריך חתימה
_____	_____
חתימת אפטרופוס	תאריך חתימה
_____	_____

# רכישת כיסויים ביטוחיים לפרוגמל מנהלים

**כרישג כיסויים ביטוחיים (סוכן גאילון 22321)**

עיסוק / מקצוע: \_\_\_\_\_, ארץ לידה: \_\_\_\_\_

**לשכיר:** גובה המשכורת המלאה: \_\_\_\_\_, משכורת מבוססת בפרוגמל מנהלים: \_\_\_\_\_, חלק מעביד %: \_\_\_\_\_, חלק פיצויים %: \_\_\_\_\_.

**לעצמאי:** הכנסה מלאה מעבודה (חודשית ממוצעת): \_\_\_\_\_, הכנסה מבוססת בפרוגמל מנהלים: \_\_\_\_\_, אחוזי הפרשה לעצמאי %: \_\_\_\_\_.

<b>כיסויים ביטוחיים מתוך הפקדה לתגמולים בכפוף לתקנות כיסויים ביטוחיים</b>	<b>כפולת משכורות</b>	<b>סכום ביטוח צמוד למדד</b>	<b>גיל תום תקופה*</b>									
<input type="checkbox"/> דרוור 1 - ריסק למקרה מוות: סכום ביטוח כולל צבירה חסכון <input type="checkbox"/> סכום ביטוח לא כולל צבירה לחסכון הנחה % _____	_____	_____	_____									
<input type="checkbox"/> (960) חושן - כיסוי לביטוח אובדן כושר עבודה, פיצוי ושחרור שיעור הפיצוי החודשי מהשכר / ההכנסה המבוססת בתוכנית זו: יש לפרט את שיעורי הפקדה מהשכר / הכנסה המבוססת בתוכנית זו לשחרור:	<b>שיעור הפיצוי**</b>	_____ %	<b>גיל תום תקופה*</b>									
<table border="1"> <tr> <td><b>רכיב</b></td> <td><b>ע"ח מעסיק</b></td> <td><b>גמל עובד / 47</b></td> </tr> <tr> <td><b>פיצויים</b></td> <td>_____ %</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td><b>תגמולים</b></td> <td>_____ %</td> <td>_____ %</td> </tr> </table>	<b>רכיב</b>	<b>ע"ח מעסיק</b>	<b>גמל עובד / 47</b>	<b>פיצויים</b>	_____ %	_____ %	<b>תגמולים</b>	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67
<b>רכיב</b>	<b>ע"ח מעסיק</b>	<b>גמל עובד / 47</b>										
<b>פיצויים</b>	_____ %	_____ %										
<b>תגמולים</b>	_____ %	_____ %										

**נספחי הרחבה לתוכנית הבסיסית - יש לסמן את ההרחבות להוספה בתוכנית:**

1.  (966) חושן עיסוק ספציפי  
 2.  (967) חושן ביטוח קיזוז פיצוי חודשי מגורם ממשלתי  
 3.  (972) חושן פיצוי סיעוד בשיעור: \_\_\_\_\_ % מהשכר (שיעור הפיצוי לא יעלה על 1/3 משיעור הפיצוי לאכ"ע, ויחד לא יותר מ-100% מהשכר / הכנסה מבוססת)

**יש לסמן רק אחת מההרחבות הבאות בכל סעיף:**

4.  (963) חושן פרגנציה או  (964) חושן חודש המתנה  
 5.  (973) חושן פיצוי צמוד מדד 36 חד' או  (974) חושן פיצוי צמוד מדד 48 חד' או  (975) חושן פיצוי צמוד מדד 60 חד'  
 6.  (976) חושן פיצוי עולה 1% בשנה או  (977) חושן פיצוי עולה 2% בשנה  
 7.  (978) חושן שכר עולה (גג חתם) 20% או  (979) חושן שכר עולה (גג חתם) 25%

\* יש לקבוע גיל ביטוחי לתום תקופת הביטוח בין 60-67. בהעדר מילוי, ברירת המחדל תהיה לגיל 67 לגברים ונשים.  
 \*\* הפיצוי החודשי מוגבל ל-75% מהשכר / הכנסה המבוססת בתוכנית זו. ידוע לי כי במקרה בו דמי הביטוח לתוכנית יעלו על התקציב שהוגדר, יוקטן שיעור הפיצוי החודשי שנקבע בדף פרטי הביטוח.  
 \*\*\* ידוע לי כי במקרה ביטוח, ינוכו דמי ניהול שנתיים בשיעור 0.6% החל ממועד הצמדת הפיצוי לתשואת מסלול ההשקעה.

**כיסוי זמני:** לתשומת ליבך, כי בעת הפסקת התשלומים על ידי מעסיקך, קופת הגמל תמשיך בכיסוי הביטוחי הקיים עבורך למשך 5 חודשים באופן אוטומטי ("כיסוי זמני אוטומטי"). עלות הכיסויים בתקופת הכיסוי הזמני תיגבה מיתרת התגמולים בקופת הגמל. בתום תקופת הכיסוי הזמני האוטומטי, באפשרותך להפקיד את עלות הכיסוי הביטוחי באופן עצמאי או לעדכן מעסיק חדש או להורות לחברה המנהלת להמשיך בשמירת הכיסויים הביטוחיים לתקופה נוספת ולנכות את עלות הכיסויים הביטוחיים מהיתרה הצבורה בקופת הגמל, למשך תקופה שאורכה כתקופת ההפקדות שלך, ובלבד שאינה עולה על 12 או 24 חודשים (אם סומן מטה) מן החודש שבו הסתיימה תקופת ההפקדות כאמור, וכלל שקיימת יתרה מספקת בחשבון.

הגני מבקש להאריך את הכיסוי הביטוחי לתקופה של  12 חודשים או  24 חודשים (הכוללות את תקופת הכיסוי הזמני האוטומטי). הארכת הכיסוי הביטוחי תחל עם הפסקת תשלום דמי הגמולים ועד לביצוע ההפקדות מחדש או גמר כספי הצבירה בקופ"ג, על פי המוקדם.

חתימת העמית: X \_\_\_\_\_, תאריך חתימה: \_\_\_\_\_

**שים לב: בהתאם לצו ההרחבה בדבר הגדלת הפרשות לביטוח פנסיוני במשך מיום 23.5.2016, תשלום המעסיק עבור רכישת כיסוי למקרה של אובדן כושר עבודה יהיה בשיעור הדרוש להבטחת 75% פיצוי מהשכר המבוסס. ככל שיהיה צורך בהגדלת תקציב המעסיק לרכישת הכיסוי לביטוח אובדן כושר עבודה, העלויות למעסיק ביחד עם ההפקדה לתגמולי מעסיק יהיו עד 7.5% מהשכר המבוסס.**

**שינויים בכיסויים ביטוחיים ופגולת פרימייה**

הפרמיה בגין הכיסויים הביטוחיים תועבר על ידי החברה המנהלת של קופת הגמל מתוך ההפקדות לתגמולים ועל פי נתוני השכר באותה עת. הפרמיה לא תעלה על 35% מסך כל ההפקדות למרכיב התגמולים בקופת הגמל, עד לאותו מועד. להלן: "מגבלת עלות הכיסוי הביטוחי". בכל עת בה תעלה הפרמיה בגין הכיסויים הביטוחיים בפוליסה זו, על מגבלת עלות הכיסוי הביטוחי - יוקטנו הכיסויים הביטוחיים בהתאם למפורט בפוליסה, בכפוף לתקנות כיסויים ביטוחיים.

**הצהרת 60 ירשיון - ארכישג ביטוח אובדן כושר עבודה**

הגני מאשר כי בטרם כריתת חוזה הביטוח, ביצעתי את המתחייב בחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק ביעוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני) התשס"ה-2005, בכפוף לחוזרי רשות שוק ההון ביטוח וחסכון, לרבות:  ברור אודות קיומו של כיסוי ביטוחי קיים, לכל הפחות באמצעות הגשת מידע חד פעמית למסלוקה הפנסיונית, מתן המלצה מתאימה למבוטח ומסירת מסמך הנמקה.

**הגני מאשר כי ההכנסה המבוססת בהצעה זו לביטוח אובדן כושר עבודה:**

הינה הכנסה מעבודה הקיימת למבוטח, והכנסה זו אינה מבוססת בכיסוי ביטוחי קיים.  
 ככל שהתכנית לאובדן כושר עבודה היא בגין הכנסה מעבודה המבוססת בכיסוי ביטוחי קיים - אני פועל לביטול התכנית הקיימת לאובדן כושר עבודה.  
 ההכנסה המבוססת לאובדן כושר עבודה, אינה הכנסה המבוססת בקרן פנסיה.  
 שיעור הכיסוי לביטוח אובדן כושר בהצעה זו ובתכנית ביטוח קיימת (אם קיימת) לא עולה על 75% מהכנסתו המלאה מעבודה של המבוטח.  
 ככל ובמסגרת הליך בירור צרכים הצעתי הרחבה לעיסוק ספציפי, פרטתי למועמד לביטוח את הערך המוסף להרחבה זאת, לרבות:

1. פירוט האירועים הביטוחיים שבגינם יש צורך בכיסוי עיסוק ספציפי.
2. פירוט העיסוקים שאליהם יופנה המבוטח אם לא ירכוש את ההרחבה לעיסוק ספציפי, וישאר בהגדרת מקרה הביטוח בתכנית הבסיסית.

"עיסוק סביר אחר התואם את ניסיון, השכלתו והכשרתו בתקופה של 3 שנים לפני קרות מקרה הביטוח", וזאת בהתאם לנתוני ועיסוקו במועד המכירה.

חתימת בעל רישיון X \_\_\_\_\_, תאריך \_\_\_\_\_

## אלט גלגל זריאל

הצהרת הבריאות שלהלן, תמלא עבור כל אחד מהמועמדים לביטוח. השאלון מנוסח בגוף זכר יחיד לשם נוחות אך מיועד לשני המינים. על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה, לצרף מכתב מרופא מטפל המפרט: מצב רפואי כללי, פירוט ניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אישפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.

יש לענות על כל השאלות הבאות ולסמן "כן" או "לא". בכל מקרה של תשובה חיובית ("כן") - יש להשלים את הפרטים בטבלת פירוט הממצאים בטופס זה למטה, וכן להשלים את המידע הרפואי הנדרש בשאלון מחלות מפורט אשר מספרו רשום לצד השאלה, ולצרף מידע רפואי רלוונטי לרבות תוצאות בדיקות.

גובה \_\_\_\_\_ ס"מ. משקל: \_\_\_\_\_ ק"ג.

- שימוש בסמים: בהווה, פרט: \_\_\_\_\_ בעבר, פרט: \_\_\_\_\_  
מתי הופסק, פרט: \_\_\_\_\_
- האם אתה מעשן?  לא  כן, כמות סיגריות ליום \_\_\_\_\_ פרט סוג:  סיגריות  סיגרים  פייפ  אחר \_\_\_\_\_  
האם עישנת בעבר?  לא  כן, איזה סוג \_\_\_\_\_ מתי הפסקת לעשן \_\_\_\_\_ למשך כמה זמן עישנת \_\_\_\_\_ כמות \_\_\_\_\_
- האם קיימת לך נכות מעל 20%?  לא  כן, איזה סוג \_\_\_\_\_
- האם אושפזת בבית חולים, כולל במיון, או עברת ניתוח כלשהו ב-5 השנים האחרונות?  לא  כן, פרט: (שאלון 9)
- האם נבדקת בשנתיים האחרונות ע"י רופא כלשהו (למעט רופא משפחה)?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_
- האם היית במצב של אי יכולת לעבוד כתוצאה ממחלה או תאונה במשך תקופה של יותר משבועיים ב-3 השנים האחרונות?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_
- תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בעשר השנים האחרונות, במידה וכן פרט וצרף ומסמכים רפואיים \_\_\_\_\_

## האם אובחנת כלוקה במחלות / הפרעות / וא בעיות רפואיות הרשומות מטה:

<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	8. מחלת לב וכלי דם (שאלון מס' 11), לחץ דם גבוה ושומנים בדם שאובחנו ב-5 השנים האחרונות (שאלון מס' 12)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	15. בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת או אישפוז פסיכיאטרי (שאלון מס' 17)
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	9. סוכרת (שאלון מס' 15)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	16. מחלות מערכת העצבים והמוח
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	10. סרטן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	17. בעיות גב ו/או עמוד שדרה (שאלון מס' 5)
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	11. מחלות / בעיות בכבד, הפטיטיס (שאלון מס' 19)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	18. בעיות עיניים, הפרעות ראייה, ליקוי שמיעה
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	12. מחלות / בעיות כליות (שאלון מס' 13)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	19. מחלות זיהומיות, איידס, נשא HIV
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	13. מחלות ריאה ודרכי הנשימה (שאלון מס' 2)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	20. האם אתה עוסק בתחביבים מסוכנים, נא פרט בטבלה ומלא שאלון תחביבים תואם
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	14. מחלות / בעיות במערכת העיכול (שאלון מס' 6)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	

## ויגור סלינג בלאג

- רשות לקבלת פרטים - אני הח"מ, נותן רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, מכונה ובמעבדותיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המוסד לביטוח לאומי, מוסדות צה"ל, משרד הביטחון, החברות לביטוח, המכוניות הרפואיים והמעבדות הרפואיות בבתי החולים למסור מידע לאיילון חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה ו/או בא כוחה, להלן "המבקשת", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי "המבקשת" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד.
- שמירה על סודיות - הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל מוסד, מכוון או מעבדה ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כאמור, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו כלפי כל מוסר מידע כאמור.
- יפוי כוח - אני מייפה את איילון חברה לביטוח לאסוף כל מידע שייראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי ו/או מחלותיי ככל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקשת" ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.
- כתב ויתור זה מחייב אותי, את עוזבני את חליפיי, את מוטביי עפ"י הפוליסה, את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי.
- שימוש במידע - ידוע לי, כי השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישבו תביעות בלבד.

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
תאריך חתימה

## פירוט ממצאים חיוביים בהצהרת הבריאות

שם המבוטח	תשובה לסעיף	שנת האירוע	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו'	מצבך כיום

## פגלגל גמל

אני החתום מטה, מבקש בזה מ"מיטב דש גמל ופנסיה בע"מ" (להלן: "החברה") לרכוש את הכיסויים הביטוחיים מ"איילון חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "המבטח"), כפי שצוין בהצעה. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

- כל המידע שנמסר על ידי בתשובה לשאלות החברה כמפורט בטופס הצעה זה ובהצהרת הבריאות הנכללת במסגרתו ("המידע"), הינן מלאות, נכונות ונכונות.
- ידוע לי כי המידע האמור מהווה מידע בענין מהותי שיש בו כדי להשפיע על נכונות החברה לכרות את חוזה הביטוח בכלל ו/או בתנאים שבו והוא מהווה בסיס להסכמת החברה לכריתת חוזה הביטוח בתנאים בו נכרת ובפרט לענין דמי הביטוח ותנאי הכיסוי הביטוחי. ידוע לי כי בהתאם לדין החל, מסירת תשובות שאינן מלאות ונכונות, עלולות להשפיע על תשלום תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח על פי חוזה הביטוח.
- לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה בסעיף 6ג) לחוק חוזה הביטוח.
- הרשות בידי המבטח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.
- ידוע לי ואני מסכים כי תשובתי ו/או המידע שיימסר לכם יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 וישמשו לצרכי החברה והמבטח בלבד.
- אני מצהיר בזה כי הפיצויים המבוקשים לפי ביטוח אי כושר עבודה, במידה ויעשה ביטוח נוסף זה, יחד עם הפיצויים החודשיים המבוטחים ע"י פוליסות אחרות מסוג זה בכל חברת ביטוח אינם עולים על 75% מהכנסתי הממוצעת בשנה האחרונה.

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
תאריך חתימה

X

חתימת העמית\* \_\_\_\_\_ תאריך חתימה\* \_\_\_\_\_  
חתימת בעל הרישיון \_\_\_\_\_ תאריך חתימה \_\_\_\_\_  
חתימת אפוסטרופוס \_\_\_\_\_ תאריך חתימה \_\_\_\_\_

# איך תדאגי לחיסכון שלך?

## החיסכון בקופת הגמל הוא הבסיס לקצבה חודשית שתקבלי לאחר פרישה מעבודה

### 1. חיסכון בקופת גמל

- הקצבה החודשית שלך בפרישה תיקבע בהתאם לסכום שמופקד לחיסכון בקופת הגמל, לרווח שישיג הכסף שלך, ובניכוי דמי ניהול ועלות הכיסוי הביטוחי.
- חיסכון לתקופה ארוכה יותר, דמי ניהול נמוכים יותר, ואי משיכת כספים לאורך תקופת החיסכון תבטיח לך קצבה חודשית גבוהה יותר.

### שימ/שימי לב!

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

### 2. מסלולי השקעה

- החיסכון שלך מושקע במסלול השקעה לבחירתך והוא נותן לך רווחים על החיסכון בקופה.
- אם לא בחרת במסלול השקעה כספך יושקע במסלול ברירת המחדל, אבל אתה יכולה לבחור במסלול השקעה אחר ולשנות את בחירתך לאורך כל תקופת החיסכון.

### שימ/שימי לב!

- התשואה של המסלול היא לא המאפיין היחיד אותו יש לבחון, שימ/שימי לב לרמת הסיכון במסלול ההשקעה שבחרת.

### 3. דמי ניהול בקופת גמל

- עבור ניהול כספי החיסכון שלך תשלם/תשלמי דמי ניהול לקופת הגמל.
- להלן דמי הניהול הממוצעים הנגבים מעמיתים בקופה "מיטב דש גמל":

דמי ניהול ממוצעים בקופה בשנת 2018	מסך החיסכון	מההפקדה החודשית
	0.59%	0.55%

### שימ/שימי לב!

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