

בקשת הצטרפות לקרן הפנסיה "הראל כללית"

לטובת הצטרפותך לקרן הפנסיה "הראל פנסיה כללית", הנך נדרש למלא את הטפסים המצורפים וכן להקפיד למלא את שדות החובה ולצרף את כל המסמכים הנדרשים להשלמת הליך ההצטרפות.

את כל המסמכים יש להעביר אלינו באחת מבין שתי האפשרויות שלהלן:

■ לכתובת המייל: hitspension@harel-ins.co.il

■ למס' הפקס: 03-7348280

ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 70-28-70-700-1.

בברכה,
הראל פנסיה וגמל בע"מ



הבקשה מיועדת לנשים וגברים כאחד.

טופס הצטרפות לקרן הפנסיה "הראל פנסיה כללית"

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

את כל המסמכים יש להעביר אלינו באחת מבין שתי האפשרויות שלהלן:

■ לכתובת המייל: hitspension@harel-ins.co.il

■ למס' הפקס: 03-7348280

ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1-700-70-28-70

פרטי החברה המנהלת

שם החברה המנהלת	שם קרן הפנסיה	קוד קרן הפנסיה
הראל פנסיה וגמל בע"מ	הראל פנסיה כללית	662

פרטים אישיים

פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות/דרכון*	תאריך לידה*	מין*
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
מצב משפחתי		יישוב*	ת.ד.	רחוב*	מס' בית*
<input type="checkbox"/> רווק / <input type="checkbox"/> נשוי / <input type="checkbox"/> גרוש / <input type="checkbox"/> אלמן / <input type="checkbox"/> ידוע בציבור					דירה
כתובת דוא"ל		טלפון נייד	טלפון קווי	מעמד*	מיקוד
				<input type="checkbox"/> שכיר / <input type="checkbox"/> עצמאי / <input type="checkbox"/> בעל שליטה / <input type="checkbox"/> עצמאי באמצעות מעסיק	

פרטי בן/בת הזוג

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות/דרכון	תאריך לידה	מין

פרטי ילדים עד גיל 21

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות/דרכון	תאריך לידה	מין

פרטי המעסיק

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



dt13000

מסלול ביטוח בקרן

נא סמן את מסלול הביטוח המבוקש:

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

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

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי הביטוח המפורטים בטבלה, תבוטח במסלול "פנסייט יסוד".

נכות כפולה

הנך זכאי לכיסוי ביטוחי עבור קצבת נכות כפולה בחודשיים הראשונים (פרנצי'זה) בכפוף לאישור החברה ולהוראות התקנון. דמי ביטוח ייגבו ממך בגין כיסוי ביטוחי זה. קראתי את האמור לעיל ואני מבקש לוותר על תשלום דמי ביטוח עבור כיסוי ביטוחי לקבלת נכות כפולה בחודשיים הראשונים (פרנצי'זה).

נכות מתפתחת

באפשרותך לרכוש כיסוי ביטוחי המגדיל את קצבת הנכות שתשלום בשיעור שנתי של (2%) (קצבת נכות מתפתחת), בכפוף לאישור החברה ולהוראות התקנון. קראתי את האמור לעיל ואני מבקש לרכוש קצבת נכות מתפתחת ולשלם דמי ביטוח עבור כיסוי ביטוחי זה.

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 בחלוף שנתיים ממועד אישור הבקשה יחודש הכיסוי הביטוחי לשאירים וינכד דמי ביטוח מחשבוני, אלא אם אודיע לחברה בכתב כי אני מעוניין/ת להמשיך ולוותר על כיסוי ביטוחי זה. ידוע לי כי אם יחול שינוי במצבי המשפחתי במהלך השנתיים ממועד אישור הבקשה, באפשרותי להודיע לחברה בכתב כי אני מעוניין/ת לחדש כיסוי ביטוחי זה.

שים לב!

- בן/בת זוג הוא מי שנשוי לעמית או מי שידוע בציבור כבן/בת הזוג של העמית ומתגורר עמו.
- במידה ובחרת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג או שאירים, יגבו ממך דמי ביטוח עבור כיסוי בגין ביטול תקופת אכשרה לאחר סיום תקופת הוויתור. ככל וברצונך לוותר על כיסוי זה, עליך למלא את ההצהרה להלן.

תשומת לבך כי לאחר סיום תקופת הוויתור 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 הוויתור.

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

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

מסלול השקעה בקרן

יובהר כי ככל וקיימים כספים צבורים בקרן, כלל הכספים יושקעו באפיק ההשקעה החדש. סמן את מסלול ההשקעה המבוקש ושיעור החלוקה המבוקש בין המסלולים (בין 0%-100%):

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

רכיב תגמולים				רכיב פיזיים			
שם מסלול השקעה	קוד מוסד	שיעור מתוך סכום ההפקדה	<input type="checkbox"/>	שם מסלול השקעה	קוד מוסד	שיעור מתוך סכום ההפקדה	<input type="checkbox"/>
מחקה מדד S&P 500	13424		<input type="checkbox"/>	מחקה מדד S&P 500	13424		<input type="checkbox"/>
מניות	13278		<input type="checkbox"/>	מניות	13278		<input type="checkbox"/>
כללי*	2164		<input type="checkbox"/>	כללי*	2164		<input type="checkbox"/>
מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת המחדל			<input type="checkbox"/>	מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת המחדל			<input type="checkbox"/>
גילאי 50 ומטה	9862		<input type="checkbox"/>	גילאי 50 ומטה	9862		<input type="checkbox"/>
גילאי 50-60	9858		<input type="checkbox"/>	גילאי 50-60	9858		<input type="checkbox"/>
גילאי 60 ומעלה	9856		<input type="checkbox"/>	גילאי 60 ומעלה	9856		<input type="checkbox"/>
שקלי טווח קצר	13279		<input type="checkbox"/>	שקלי טווח קצר	13279		<input type="checkbox"/>
הלכה**	13684		<input type="checkbox"/>	הלכה**	13684		<input type="checkbox"/>
קיימות	14194		<input type="checkbox"/>	קיימות	14194		<input type="checkbox"/>
עוקב מדדים גמיש	14192		<input type="checkbox"/>	עוקב מדדים גמיש	14192		<input type="checkbox"/>
משולב סחיר	14193		<input type="checkbox"/>	משולב סחיר	14193		<input type="checkbox"/>
פאסיבי מדדי מניות	15039		<input type="checkbox"/>	פאסיבי מדדי מניות	15039		<input type="checkbox"/>

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

*הבחירה באפיק זה תתאפשר רק לעמית שהיתה לו יתרה בחשבון בקרן הפנסיה באפיק השקעה זה, ביום 31.12.2015.
**אפיק הלכה - מפוקח הלכתית ע"י ועד הפיקוח ההלכתי לפיננסים ותשמישי קדושה שע"י בד"ץ העדה החרדית ירושלים וועד ההלכה (גלאט הון). לידיעתך, התקשרותך לאפיק זה כפופה להיתר עיסקא של ועד ההלכה, הבעלות והזכויות בנכסי הקרן כמסוכם עם הראל, ועל דעתם של חברי ועד ההלכה.

דמי ניהול בקרן הפנסיה

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

שימ לב! נוסף על דמי הניהול, רשאית החברה המנהלת לגבות מהנכסים המנוהלים בקופה הוצאות ישירות בשל ביצוע עסקאות. שיעור ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מוצגים באתר האינטרנט של החברה המנהלת בכתובת: www.harel-group.co.il

באפשרותך לצפות באזור האישי שלך באתר האינטרנט שלנו www.harel-group.co.il, לאחר סיום תהליך ההצטרפות להראל פנסיה כללית, בשיעור העלות השנתית הצפויה (המורכבת מדמי הניהול שלך והוצאות ניהול השקעות) ביחס לכל מסלולי ההשקעה בהראל פנסיה כללית.

עמית עצמאי

יש למלא את שאלון "הכר את הלקוח" המצורף בעמודים 11-12

לגבי עמית עצמאי בלבד - שיעור התגמולים הקובע ואופן חישוב ההכנסה הקובעת יהיו כדלקמן:

16% (ברירת מחדל)

אחר:

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

פרטי תשלום של עמית עצמאי

שכום הפקדה	תאריך תחילת גבייה	תדירות תשלום

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:

יש לי קרן פנסיה עם הפקדות שוטפות שנפתחה לפני 03/1995 (עמית פעיל בקרן פנסיה ותיקה). לא רלוונטי לידידי שנת 1980 ואילך.

יש לי ביטוח מנהלים עם הפקדות שוטפות (מבוטח פעיל בקופת ביטוח).

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 במערכת 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:

.....@

וזאת במקום באמצעות הדואר.

כמו כן, ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיוור לקבלת הודעות שיווקיות ודברי פרסומת, באפשרותי לפנות לכתובת:

www.hrl.co.il/pirsum

..... חתימה

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

פרטי בעל רישיון

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

רשימת מסמכים מצורפים

כתב מינוי אפוטרופוס (חובה ככל שאפוטרופוס מעורב בתהליך)

הצהרת בריאות

טופס בקשה להעברת כספים

ייפוי כח

תעודת זהות (במקרה של וויתור על כיסוי ביטוחי)

מסמך הנמקה

שאלון הכר את הלקוח - עצמאי

טופס הוראה לחיוב חשבון - עצמאי

..... חתימת העמית*

..... תאריך חתימה

..... חתימת בעל רישיון

..... תאריך חתימה

..... חתימת אפוטרופוס

..... תאריך חתימה

לשימוש החברה המנהלת (לידיעה בלבד)

למילוי על ידי בעל הרישיון: האם במהלך הפגישה הועברה הצעה לכיסוי מטריה ביטוחית - "אפגרייד פלוס לפנסיה" להראל חברה לביטוח כן לא

טופס מינוי מוטבים ב"הראל פנסיה כללית"

יש להעביר טופס מקורי בלבד בתוספת צילום תעודת זהות באמצעות דואר ישראל לכתובת: בית הראל, הראל פנסיה וגמל, אבא הלל 3 ת"ד 10951, רמת גן 5252202 או לידי נציג החברה במשרדי קבלת הקהל של החברה.
או לחילופין העתק מהטופס באמצעות בעל רישיון, בצירוף הצהרתו של בעל הרישיון כנדרש בסעיף ו' לטופס. בעל הרישיון רשאי להעביר את הטופס לכתובת המייל: idcompension@harel-ins.co.il או באמצעות דואר ישראל לכתובת המפורטת לעיל.

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

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

פרטי העמית						
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין*	מצב משפחתי
					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 <input type="checkbox"/>

להלן פרטי המוטבים שאני ממנה כזכאים לכספים הרשומים לזכותי בקרן לאחר מותי והכל בכפוף לתנאים שנקבעו בתקנון הקרן:

שם פרטי*	שם משפחה*	תאריך לידה	מס' זהות/דרכון*	כתובת	קרבת משפחה	חלק ב-%*

* ככל שלא ימולא החלק של המוטב באחוזים, בעת פטירה יחולקו הסכומים והתגמולים באופן שווה בין המוטבים.

ככל שאחד המוטבים המפורטים לעיל ילך לעולמו לפני, אני מורה כי הסכומים והתגמולים שהיו אמורים להיות משולמים לו לאחר פטירתי יועברו לאנשים הבאים:

ליורשיי החוקיים (עפ"י צו ירושה או צו קיום צוואה)

לשאר המוטבים בחלקים שווים

לשאר המוטבים באופן יחסי לחלקם

אחר:

הערה: בהיעדר שאירים ובהיעדר הוראה לעניין מינוי מוטבים במועד קרות האירוע המזכה, הסכומים יועברו ליורשיי על פי דין או על פי צוואה והכל בכפוף להוראות התקנון.

דיוורים אלקטרוניים

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 וזאת במקום באמצעות הדואר.

אני מעוניין/ת לקבל פניות שיווקיות לגבי מוצרים או שירותים של החברה.
ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיוור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות באמצעות אתר האינטרנט של החברה בכתובת דוא"ל: www.hrl.co.il/pirsum או לכתובת: בית הראל, אגף הפנסיה, אבא הלל 3, ת"ד 10951, רמת גן 5252202.

חתימת העמית על טופס מינוי המוטבים

תאריך חתימה: חתימת העמית*:

פרטי בעל רישיון

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

הצהרת בעל רישיון

אני שפרטי לעיל, מצהיר בזאת ומאשר כי הוראת מוטבים זו נחתמה לפני ו/או מולאה לבקשת העמית לאחר שהעמית זוהה על ידי.

תאריך:



dt13051

אישור מעסיק לבחירת מסלול השקעה לכספי פיצויים בקרן הפנסיה "הראל פנסיה" כללית

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

במידה והעמית סיים את עבודתו, נא לצרף טופס שחרור מעסיק או טופס 161 שימשם תחליף לחתימת המעסיק

א פרטי העמית	
שם פרטי	שם משפחה
דואר אלקטרוני	טלפון
ת.ז.	
@	

ב רכיב פיצויים (נא סמן את המסלול המועדף)	
שיעור מתוך סכום ההפקדה	רכיב אפיק השקעה
.....%	<input type="checkbox"/> מחקה מדד S&P 500
.....%	<input type="checkbox"/> מניות
.....%	<input type="checkbox"/> כללי*
.....%	<input type="checkbox"/> גילאי 50 ומטה
.....%	<input type="checkbox"/> גילאי 50 עד 60
.....%	<input type="checkbox"/> שקלי טווח קצר
.....%	<input type="checkbox"/> מחקה מדד S&P 500
.....%	<input type="checkbox"/> הלכה
.....%	<input type="checkbox"/> קיימות
.....%	<input type="checkbox"/> עוקב מדדים גמיש
.....%	<input type="checkbox"/> משולב סחיר
.....%	<input type="checkbox"/> פאסיבי מדדי מניות

ג אישור המעסיק לבחירת מסלול השקעה לכספי פיצויים	
יש לחתום על סעיף זה אם נבחר מסלול השקעה לפיצויים שונה ממסלול ברירת המחדל - "מודל תלוי גיל"	יש לחתום על סעיף זה אם נבחר מסלול השקעה לפיצויים שונה ממסלול ברירת המחדל - "מודל תלוי גיל"
תאריך:	חתימה וחותמת המעסיק:

ד חתימת העמית	
חתימת העמית:	חתימת העמית:
תאריך:	תאריך:

*הבחירה באפיק זה תתאפשר רק לעמית שהיתה לו יתרה בחשבונו בקרן הפנסיה, באפיק השקעה זה ביום 31.12.2015.

מדיניות הפרטיות של חברה הראל זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.harel-group.co.il



^dt13228

כתובת מייל: pensiads@harel-ins.co.il ■
מס' פקס: 03-7348048 ■

ניתן לוודא את קבלת הפקס / המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל. 1-700-70-28-70

א פרטי העמית	
שם משפחה	שם פרטי
מס' ת.ז.	

ב פרטי המעסיק	
לא רלוונטי לעצמאי	
שם המעסיק	מס' ת.זהות/ח"פ/ח"צ
רחוב	מס' / ישוב / מיקוד
טלפון	פקס / איש קשר
דואר אלקטרוני	E-Mail

ג פרטי ההרשאה
שכיר - אנא מלא את הפרטים להלן: שכר עמית שיעור ההפקדה: עובד מעביד פיצויים
עצמאי - אנא מלא את גובה הסכום החודשי שיש לגבות מחשבוך בבנק: ש.

ד מועד גביה
מועד גביה: <input type="checkbox"/> 01 לחודש <input type="checkbox"/> 10 לחודש <input type="checkbox"/> 15 לחודש
הנני מבקש לגבות כספים החל מחודש שכר: / שנה חודש
במידה ולא יצוין חודש שכר לתחילת הגביה, הגביה תחל במועד המאוחר מבין השלמת מסמכי הצטרפות מלאים ותקינים והשלמת המסמכים הדרושים לגביה בהוראת קבע. לתשומת לבך כי אם הליך ההצטרפות/הליך השלמת המסמכים הדרושים להוראת קבע יושלם לאחר מועד הגביה שצוין, הגביה תבוצע באופן רטרואקטיבי החל מהמועד שצוין בטופס. כמו כן, הפקדות במקרה של גביה רטרואקטיבית לא יקנו כיסויים ביטוחיים.

תאריך..... חתימת העמית/המעסיק



כתובת מייל: hokpension@harel-ins.co.il
מס' פקס: 03-7348048
ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1-700-70-28-70

לכבוד,

בנק:

סניף:

כתובת הסניף:

שם הסוכן / היועץ	מס' הסוכן / היועץ
------------------	-------------------

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד המוסד	אסמכתא / מס' ת.ז. של הלקוח
		בנק / סניף	4 3 6 2 6	

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או

הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב - ש.ש.

מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום ____/____/____.

לתשומת לבך,

- אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
- אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

1. אני/ה"מ: שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק / מס' ת.זהות / ח.פ.

מכתובת: רחוב / מס' / עיר / מיקוד

מספר טלפון: מספר טלפון נייד:

מורהים לכם בזאת לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם בגין תשלום דמי גמולים בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מידי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות ע"י הראל פנסיה וגמל בע"מ, כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".

2. לידיעתך/ם:

א. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממך/ם בכתב לבנק ולהראל פנסיה וגמל בע"מ, שתכנס לתוקף ביום העסקים העוקב ליום מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול ע"י הוראת כל דין.

ב. תהיה/ו רשאים/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תמסר על ידך/ם לבנק ולהראל פנסיה וגמל בע"מ בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב ו/או הזיכוי.

ג. תהיה/ו רשאים/ם לבטל חיוב לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם תוכיחו/ו לבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.

3. הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים הם נושאים שעליך/ם להסדיר עם הראל פנסיה וגמל בע"מ.

4. סכומי החיוב ע"י הראל פנסיה וגמל בע"מ יופיעו בדפי החשבון ולא תשלח אליך/ם ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלו.

5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב ההרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.

6. הבנק רשאי להוציא/ם מן ההסדר המפורט בכתב ההרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך ויודיע לך/ם על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה. נא לאשר ל-הראל פנסיה וגמל בע"מ בספח מטה קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

פרטי הרשאה

לקוח נכבד, סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י הראל פנסיה וגמל בע"מ ע"י סכום דמי הגמולים המוסכמים, ההצמדה והריבית כפי שנקבעו ו/או ע"י יתרות החוב שתחושבנה בהתאם להוראות הדין.

תאריך: חתימת בעלי החשבון

הרשאה לחיוב חשבון בנק להעברת תגמולים להראל פנסיה כללית

לכבוד:

הראל פנסיה וגמל בע"מ

ת.ד. 10951, רמת גן 5252202

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד המוסד	אסמכתא / מס' ת.ז. של הלקוח
		בנק / סניף	4 3 6 2 6	

קבלנו הוראות מ- לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מידי פעם בפעם ואשר מס' חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות ונפעל בהתאם, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על ידי בעלי החשבון או כל עוד לא הוצאו/ו בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבויותכם כלפינו, לפי כתב השיפוי, שנחתם על ידיכם.

תאריך: בנק: סניף: חתימה וחותמת הסניף:



הצהרת בריאות למועמד להצטרפות לקרנות הפנסיה של הראל

ההצהרה תמולא על-ידי עצמאים ושכירים בעלי שליטה. בנוסף לכך, בקרן הכללית גם שכירים תחת מעסיק המבטח בקרנות הפנסיה החדשות בהראל פחות מ-5 עובדים, ששכרם החודשי גבוה מ-20,000 ש"ח ולא מיצו את תקרת ההפסקה המקסימאלית בקרן המקיפה* נדרשים למלא הצהרה. *תקרת הפקדה חודשית לקרן פנסיה מקיפה - תקרת הפקדה חודשית כהגדרתה בתקנות מס הכנסה (כללים לאישור וניהול קופות גמל), התשכ"ד 1964. (לא נדרש במקרה של הצטרפות לקרן "הראל פנסיה כללית" במסלול יסוד). הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד. נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

■ כתובת מייל בהראל פנסיה: hitspension@harel-ins.co.il
 ■ מס' פקס בהראל פנסיה: 03-7348280
 ■ ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1-700-70-28-70

שם משפחה		שם פרטי		מס' ת.ז.		תאריך לידה	
רחוב		מס'		ישוב		מיקוד	
טלפון בית		טלפון עבודה		טלפון נייד		מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
קופת חולים		סניף		שם הרופא המטפל			
מקצוע/עיסוק		מעסיק		תחביב			
אישור לקבלת דוחות לעמית בדוא"ל: אני מסכים כי הדוח השנתי לעמית ישלח לדוא"ל שלי בכתובת - וזאת במקום באמצעות הדואר.							

שאלה		כן	לא	שאלון/מידע ראשוני נדרש
הנחיות כלליות במקרה בו סומנה תשובה חיובית על אחת או יותר מן השאלות המפורטות, יש לסמן ✓ במשבצת הסמוכה למחלה או הבעיה הרלוונטית המצוינת בשאלה, וכן לתת פירוט ברור בתחתית הצהרת הבריאות ו/או מילוי שאלון מתאים. יש לסמן האם אתה סובל או האם סבלת בעבר מאחת הבעיות הרשומות להלן (לידיעתך, יתכן שתדרש בהמצאת מסמכים רפואיים נוספים ו/או בבדיקה רפואית בהתאם למקובל בחברה).				
1.	א. משקל בק"ג..... גובה בס"מ.....			
	ב. עישון: האם הינך מעשן/ת מעל 20 סיגריות ליום? אם כן, כמות הסיגריות ליום..... כמה שנים הינך מעשן/ת.....			
	ג. סמים: האם הינך משתמש/ת או השתמשת בעבר בסמים?			שאלון סמים (1)
	ד. אלכוהול: האם שתית או הנך שותה משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שתי מנות ביום)?			יש להמציא דוח רופא מטפל כולל רשימת אבחנות וטיפולים, תוצאות בדיקות דם ושתן הכוללות תפקודי כבד, תפקודי כליות וסרולוגיה להפטיטיס.
האם אובחנת במחלות/הפרעות ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה: אם הצהרת על בעיה בריאותית, יש למלא את השאלונים הרלוונטיים המצורפים לטופס ההצהרה.				
2. האם אתה סובל או סבלת מאחת הבעיות הרשומות להלן בחמש השנים האחרונות?				
	א. <input type="checkbox"/> מחלות לב <input type="checkbox"/> מחלות כלי דם <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם			שאלון לב (2), שאלון יתר לחץ דם (3), שאלון כלי דם (4)
	ב. מחלת סוכרת			שאלון סוכרת (5)
	ג. מחלת כבד			שאלון צהבת וכבד (6)
	ד. מחלת סרטן, גידולים ממאירים וגידולים שפירים במח			יש לצרף דוחות: תשובה היסטולוגית מלאה + דוח מעקב אחרון
	ה. איידס או נשאות לאיידס			פירוט ומסמכים רפואיים
	ו. אירוע מוחי			פירוט ומסמכים רפואיים
	ז. מחלות דם			פירוט ומסמכים רפואיים
3.	האם אתה סובל או סבלת מבעיית פרקים, עצמות, גב ועמוד שדרה בחמש השנים האחרונות?			שאלון עצמות ושברים (7), שאלון בעיות מפרקים (8), שאלון ברכיים (9), שאלון גב ועמוד שדרה (10)
4.	נכות, אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות העולה על 25%?			שאלון תאונות / נכות (11)
5.	תרופות: האם אתה/ת נוטלת/ת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בחמש השנים האחרונות?			יש לצרף פרוט ומסמכים רפואיים
6.	אשפוזים: האם אושפזת או הופנת לבית חולים לצורך אשפוז (לרבות בחדר מיון) כתוצאה ממחלה או תאונה בחמש השנים האחרונות?			שאלון אשפוזים וניתוחים (12). יש לצרף דוח האשפוז (באם היה במהלך השנה האחרונה)
7.	פירוט לסעיפים:.....			

תאריך: חתימה: 



שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה
קופת חולים	סניף	שם הרופא המטפל	

אני נותן בזה רשות לכל שירותי הבריאות ו/או קופת החולים ו/או לעובדיהם הרופאים ו/או למוסדותיהם ו/או לסניפיהם, מכוניהם ומעבדותיהם, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים לרבות בתי החולים, המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון, החברות לביטוח וקרנות הפנסיה, למסור ל"הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ" ו/או מי מטעמה ו/או בא כוחה (להלן "המבקש") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה או מום שחליתי ו/או לקיתי בו בעבר ו/או שהגני חולה או לוקה בו כעת ו/או שאחלה או אלקה בו בעתיד והגני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד, מכון או מעבדה ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי ה"מבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.

תאריך: חתימת המועמד: /

ידוע לי שככל שיימצא שהפרטים שמסרת בהצהרה זו, כולם או מקצתם, אינם הפרטים הנכונים והמלאים לגבי מצב בריאותי במועד מתן ההצהרה, לא אהיה זכאי לפנסיית נכות, ובמקרה של פטירה חו"ח, שאיריי לא יהיו זכאים לפנסיית שאירים.

תאריך: חתימת המועמד: /

פרטים אישיים:

שם פרטי שם משפחה תעודת זהות

הצהרת העמית:

אני מצהיר/ה בזו כי מתקיימים לגבי אחד או יותר מהתנאים המפורטים להלן:

1. הפקדות שיבוצעו לחשבוני בקרן הפנסיה הכללית "הראל פנסיה כללית" הינן על בסיס שכר הנמוך מ-20,000 ש.

2. מבוצעות עבודי הפקדות לקרן הפנסיה המקיפה "הראל פנסיה" בגובה תקרת ההפקדה לקרן*.

*תקרת הפקדה חודשית לקרן פנסיה מקיפה - תקרת הפקדה חודשית כהגדרתה בתקנות מס הכנסה (כללים לאישור וניהול קופות גמל), התשכ"ד-1964.

תאריך חתימת עמית

תשומת לבך, במידה ואינך עומד בלפחות אחד מהתנאים המפורטים לעיל, הצטרפותך לקרן הפנסיה הכללית "הראל פנסיה כללית" לא תאושר באופן אוטומטי וכן ייתכן ותידרש לעבור חיתום בהתאם לנהלי החברה.

כמו כן, במידה ויימצא שהצהרתך איננה נכונה, ייתכן ותהיה לכך השפעה על זכאותך לקבלת קצבת נכות ובמקרה פטירה חו"ח, לזכאותם של שאיריך לקבלת קצבת שאירים.



כל האמור בלשון זכר משמעו גם בלשון נקבה.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

- יש לצרף צילום תעודת זהות עדכנית
- על הצילום להיות ברור וקריא
- ככל שברשותך ת.ז. ביומטריית, יש להעביר צילום של שני צידי התעודה.

א פרטי המבוטח/עמית	
שם פרטי	שם משפחה
תעודת זהות או דרכון*, מדינת דרכון:	

ב איש ציבור זר/מקומי
<p>האם אתה תושב חוץ* <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/></p> <p>אם סומן כן - אנא מלא נספח 1 - טופס איש ציבור זר</p> <p>אם סומן לא - האם אתה או בן משפחתך או שותף עסקי שלך מכהן או כיהן בעבר בתפקיד ציבורי בכיר בארץ או מחוץ לארץ ב-5 שנים האחרונות?</p> <p><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>אם סומן כן - אנא מלא נספח 2 טופס איש ציבור מקומי</p>

***תושב חוץ** - מי שנמצא בישראל אך אינו אזרח ישראל או לא שוהה בה על פי אשרת עולה או תעודת עולה, או לא שוהה בה ע"פ רישיון לישיבת קבע;
"איש ציבור" - איש ציבור זר או איש ציבור מקומי;
"איש ציבור זר" - **תושב חוץ** בעל תפקיד ציבורי בכיר בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות, לרבות בן משפחה של תושב כאמור, או תאגיד המצוי בשליטתו או שותף עסקי של אחד מאלה;
"איש ציבור מקומי" - **תושב** בעל תפקיד ציבורי בכיר בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות, לרבות בן משפחה של תושב כאמור, או תאגיד המצוי בשליטתו או שותף עסקי של אחד מאלה;
"בן משפחה" - בן זוג, אח, הורה, הורה הורה, צאצא או צאצא של בן הזוג, או בן זוגו של כל אחד מאלה;
"תפקיד ציבורי בכיר" - לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר פרלמנט, חברי מפלגה בכירים, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושאי משרה בכירים בחברות ממשלתיות, בעלי תפקיד קבוע בארגונים בין-לאומיים או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;

ג קיומו של נהנה בחשבון
<p>אני (שם בעל החשבון/המבוטח/העמית) בעל מס' זהות</p> <p>מצהיר בזה כי:</p> <p><input type="checkbox"/> אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה/חשבון זולת בעל הפוליסה והמבוטח/העמית למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה/בחשבון.</p> <p><input type="checkbox"/> יש נהנה/ים בזכויות הגלומות בפוליסה/חשבון - אנא מלא נספח 6 - שאלון פועל עבור נהנה.</p>

ד פרטים על משלח יד / מקצוע ועיסוק
<p><input type="checkbox"/> שכיר / שכיר בעל שליטה: שם המעסיק:</p> <p><input type="checkbox"/> עצמאי:</p> <p>שם העסק..... מען העסק..... מחזור הכנסות שנתי</p> <p>מהו תחום העיסוק של העסק?</p> <p><input type="checkbox"/> יהלומים ואבני חן <input type="checkbox"/> נדל"ן <input type="checkbox"/> סחר במתכות יקרות <input type="checkbox"/> בלדרות <input type="checkbox"/> סחר בנשק <input type="checkbox"/> עסק שאינו למטרת רווח: עמותה/גמ"ח/מלכ"ר</p> <p><input type="checkbox"/> סחר במטבעות וירטואליים <input type="checkbox"/> מתן שירותי אשראי או מתן שירותי בנקס פיננסי <input type="checkbox"/> ביצוע העברות כספים מישראל לחו"ל ולהיפך</p> <p><input type="checkbox"/> עסק בו עיקר הפעילות במזומן <input type="checkbox"/> הימורים חוקיים <input type="checkbox"/> אחר:</p> <p><input type="checkbox"/> רק אם אינך שכיר / עצמאי / שכיר בעל שליטה - יש לסמן:</p> <p><input type="checkbox"/> חייל סדיר או מתנדב בשירות לאומי <input type="checkbox"/> סטודנט <input type="checkbox"/> קטין <input type="checkbox"/> לא עובד <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> אברך / תלמיד ישיבה</p> <p><input type="checkbox"/> גמלאי עיסוק טרם הפרישה</p>

טו"ד הראל 440425 02/2024

1. מטרת פתיחת החשבון או חוזה ביטוח החיים:
 חיסכון לטווח קצר (עד שנתיים) חיסכון לטווח ארוך (מעל שש שנים) חיסכון לטווח בנוי (בין שנתיים לשש שנים) חיסכון לגיל פרישה

2. מקור הכספים המופקדים:
 האם המבוטח או העמית מבצע את ההפקדה? אם כן, מלא סעיף זה. אם לא, יש למלא טופס הכר את המשלם (נספח 3)
 משכורת/קצבה תקבולים/הכנסות מעסק חסכונות שנצברו תקבולים מפעילות ניירות ערך בשוק ההון מכירת עסק הלוואה
 ירושה פיצויי פיטורין/פרישה זכייה מכירת נכס העברת כספים מקופת גמל אחרת השכרת נכס
 מתנה. שם נותן המתנה: זיקה לנותן המתנה:
 כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה; סוג העסק שם המדינה:
 תרומה אחר. פרט:

3. המדינה ממנה התקבלו הכספים ישראל מדינה אחרת.
 במידה והכספים התקבלו ממדינה שאינה ישראל נדרש למלא טופס כספים מחו"ל (נספח 4)

4. סכום הפקדות שנתיות צפויות (ש"ח): ניווד חד פעמי אין הפקדות צפויות

5. תדירות הפקדות צפויה:
 חד פעמי חצי שנתי חודשי שנתי רבעוני ניווד חד פעמי אין הפקדות צפויות אחר. פרט:

6. אופן הפקדות הכספים בחשבון:
 המחאה הוראת קבע/כרטיס אשראי העברה בנקאית

7. האם צפויות הפקדות/משיכות בחשבון/חוזה ביטוח חיים מ/אל מדינה זרה? כן לא לא ידוע
 אם סומן כן, ציין את שם המדינה הזרה:

8. האם ידוע לך בשלב זה על משיכות צפויות בחשבון בשנה הקרובה? כן לא לא ידוע


ה **הצהרות**

האם בעבר גוף פיננסי סירב להעניק לך שירותים מסיבות הקשורות באיסור הלבנת הון או מימון טרור? כן לא

שם: תאריך: חתימה: 

ה **הצהרת המבוטח**

הריני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה מלא ומהימן, ואני מתחייב/ת לדווח על כל שינוי בהצהרתי זו.

שם: תאריך: חתימה: 

ה **תשובות המחייבות שאלון - ניתן למצוא באתר החברה בכתובת: www.harel-group.co.il**

שאלונים נוספים	
1 נספח 1	1 טופס איש ציבור זר
2 נספח 2	2 טופס איש ציבור מקומי
3 נספח 3	3 משלם שאינו המבוטח/העמית
4 נספח 4	4 טופס כספים מחו"ל
6 נספח 6	5 שאלון פועל עבור נהנה

איך תדאגי לפנסיה שלך?

קרב הפנסיה שלך תעניק לך קצבה חודשית לאחר פרישה מעבודה, וכיסוי ביטוחי למקרה שלא תוכלי/י להמשיך לעבוד או למקרה מוות.

1. ביטוח בקרב הפנסיה

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

ביטוח למקרה נכות - אם לא תוכלי/י להמשיך לעבוד כתוצאה ממצב רפואי מתמשך, תוכלי/י לקבל מקרב הפנסיה קצבה חודשית לתקופת הנכות.
ביטוח למקרה מוות - אם תלך/תלכי לעולמך חס וחלילה בן/בת הזוג שלך יקבל קצבה חודשית מהקרב לכל ימי חייו/חייה וילדיך יקבלו קצבה חודשית עד גיל 21.

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

שים/שימי לב!

- באפשרותך לשמור על הכיסוי הביטוחי מקרנות קודמות שצברת לאורך תקופת החיסכון ולהזיז את עלויות הביטוח באמצעות העברת הכספים לקרב החדשה שלך.
- הפסקת הפקדות לקרב מבטלת את הכיסוי הביטוחי ולא תוכלי/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 בקרב פנסיה

- הקצבה החודשית שלך בפנסיה תיקבע בהתאם לסכום שמופקד לחיסכון מדי חודש, הרווח ששיגי 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 בקרב הפנסיה.

שים/שימי לב!

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

3. דמי ניהול בקרב פנסיה

- עבור ניהול כספי החיסכון שלך תשלמי/י דמי ניהול לקרב הפנסיה.
- להלן דמי הניהול הממוצעים הנגבים מעמיתים בקרב "הראל פנסיה כללית":

דמי ניהול ממוצעים בקרב בשנת 2022	מסך החיסכון	מההפקדה החודשית
	0.24%	1.13%

שים/שימי לב!

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