

■ כתובת מייל: idcompension@harel-ins.co.il
■ מס' פקס: 03-7348190
ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל. 1-700-70-28-70

א פרטי החברה המנהלת

שם החברה המנהלת	שם קרן הפנסיה	קוד קרן הפנסיה	מספר החשבון של העמית בקרן
הרצל פנסיה וגמל בע"מ	הרצל פנסיה	214	

ב פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	מס' זהות/דרכון*
ישוב*	ת.ד.	רחוב*
		בית*
		דירה
		מיקוד

ג פרטי בעל רישיון

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

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

ד מסלול ביטוח בקרן

שם מסלול הביטוח	גיל הפרישה במסלול
☐ מסלול ביטוח 75% לנכות ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה)	60 ☐ 62 ☐ 64 ☐ 67 ☐
☐ מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 47 ומעלה)	60 ☐ 62 ☐ 64 ☐ 67 ☐
☐ מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה)	60 ☐ 62 ☐ 64 ☐ 67 ☐
☐ מסלול ביטוח 75% לנכות ו-40% לשאירים	60 ☐ 62 ☐ 64 ☐ 67 ☐
☐ מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 45 ומעלה)	60 ☐ 62 ☐ 64 ☐ 67 ☐
☐ מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו-40% לשאירים	60 ☐ 62 ☐ 64 ☐ 67 ☐
☐ מסלול ביטוח לפורשים עד גיל 60, 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 49 ומעלה)	60
בעת שינוי מסלול ביטוח בנסיבות בהן שיעור הכיסוי הביטוחי למקרה נכות/פטירה גבוה מהשיעור במסלול הקיים, תחול תקופת אכשרה לגבי אותו חלק בכיסוי הביטוחי שהוגדל עקב המעבר למסלול החדש, בהתאם להוראות תקנון הקרן.	

ה נכות כפולה

☐ אני מבקש/ת להוסיף כיסוי ביטוחי לקבלת נכות כפולה בחודשיים הראשונים (פרנצ'יזה)
☐ אני מבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לקבלת נכות כפולה בחודשיים הראשונים (פרנצ'יזה)

ו נכות מתפתחת

☐ אני מבקש/ת להוסיף כיסוי ביטוחי המגדיל את קצבת הנכות שתשולם בשיעור שנתי ריאלי של 2% (קצבת נכות מתפתחת).
☐ אני מבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי המגדיל את קצבת הנכות שתשולם בשיעור שנתי ריאלי של 2% (קצבת נכות מתפתחת).

ז 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 ויונחו 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 ומתגורר עמו או מי שמנהל עם העמית משק בית משותף.

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

נא סמן את האפשרויות הרצויות:

- ☐ 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.

ט מסמכים מצורפים

☐ תעודת זהות (במקרה של ויתור על כיסוי ביטוחי)

ז אישורים

ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור כל מידע, 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 קרן הפנסיה שלי, לרבות עיבוד מידע הקיים במערכות 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.

ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיוור לקבלת הודעות שיווקיות ודברי פרסומת, באפשרותי לפנות לכתובת www.hrl.co.il/pirsum

תאריך חתימה*:

חתימת העמית*: 

תאריך חתימה:

חתימת בעל רישיון: 