

נספח א':

מסמך ההנמקה - הסבר להמלצות על החיסכון הפנסיוני ללקוח

לקוח יקר,

זהו סיכום תהליך בחינת החיסכון הפנסיוני שלך אותו עברת עם סוכן ביטוח פנסיוני.

כאן מרוכז המידע שמסרת לסוכן ביטוח פנסיוני ומפורטים כל הנימוקים להמלצה של הסוכן ביטוח פנסיוני

שים a

חשוב שתקרא את המסמך ותבין את מערך השיקולים העומדים בבסיס ההמלצה כדי שאתה תבחר בחיסכון הפנסיוני השוב ביותר עבורך.

רק לאחר שקראת והבנת – חתום. מומלץ לשמור מסמך זה ולבדוק אחת לכמה שנים ובעת שינוי במאפיינים האישיים האם החיסכון הפנסיוני, והכסויים הביטוחיים עדיין מתאימים לצרכים שלך.

חלק א' - ההמלצה

1. הרכב החיסכון הפנסיוני המומלץ עבורך

למה? בטבלה זו מרוכזים כל המוצרים הפנסיוניים שבחנו במהלך הייעוץ/השיווק - מוצרים שכבר קיימים ברשותך מוצרים חדשים אם הומלצו לך.

המוצרים מרוכזים לפי קבוצות, כך שבכל קבוצה ימצאו מוצרים פנסיוניים מאותה משפחה הגותניים מענה דומה,

למשל: קופת גמל, קרן פנסיה, ביטוח מנהלים.

חשוב שתקרא את עמודת "המלצה" ואת שורת "השיקולים העיקריים במתן ההמלצה" – בה מופיע הנימוק להמלצה.

[illegible]

| שם מוסלול | שם מוצר ומספרו | גוף מוסדי | סוג מוצר | המליצה |
|--|---|-----------------------------------|-----------------|-------------|
| שם מוסלול | שם מוצר ומספרו | גוף מוסדי | סוג מוצר | המליצה |
| אינפניטי גמל להשקעה כללי (מס' קופה: 0-216-107247) (9638) | אינפניטי גמל להשקעה כללי (מס' קופה: 0-216-107247) | אינפניטי השתלמות, גמל ופנסיה בע"מ | קופת גמל להשקעה | להשאיר |
| לא | | | | |
| תשואה שנתית | תשואה שנתית | תשואה תלת שנתית | דב' הפקדה % | דב' צבירה % |
| 14.83% | 40.42% | | | |
| יחידה | כיום | סכום צפוי בגיל 67 | | |
| 25,910 ₪ | גיל פרישה 67 הון צפוי ללא הפקדות של 26,687 דמי ₪ נידול של 0 ₪ | | | |

| שם מסלול | שם מוזנר ומספרו | המליצה | סוג מוזנר | גוף מוסדי | שם מוזנר ומספרו | שם מסלול | הבטחת תשואה | תשואה שנתית | תשואה תלת שנתית | דב' הפקדה % | דב' צבירה % | יתרה כיום | סכום צפוי בגיל 67 |
|---|--|--------|-----------|------------------------|--|---|-------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|-----------|---|
| הפניקס גמל מסלול לבני 50 עד 60 (מס' קופה: 827-274-196980 ((6077380 (9529) | הפניקס גמל מסלול לבני 50 עד 60 (מס' קופה: 827-274-196980 ((6077380 | להשאיר | קופת גמל | הפניקס פנסיה וגמל בע"מ | הפניקס גמל מסלול לבני 50 עד 60 (מס' קופה: 827-274-196980 ((6077380 | הפניקס גמל מסלול לבני 50 עד 60 (מס' קופה: 827-274-196980 ((6077380 (9529) | לא | 15.86% | 39.83% | | 0.9 | 304,591 ₪ | גיל פרישה 67 הון צפוי ללא הפקדות ₪313,729 דמי ניהול של ₪2,741 ₪ |

| שם מוסד | שם מוצר ומספרו | שם מסלול | הבטחת תשואה | תשואה שנתית | תשואה תלת שנתית | דנ' הפקדה % | דנ' צבירה % | יתרה כיום | סכום צפוי בגיל 67 |
|---------|-----------------------|--|--|---|-----------------------|-------------------|-------------------|--------------|---|
| להשאיר | קופת גמל להשקעה | אינפיניטי השתלמות, גמל ופנסיה בע"מ | אינפיניטי גמל להשקעה כללי (מס' קופה: 0-33455-921) | אינפיניטי גמל להשקעה כללי (מס' קופה: 0-33455-921) (9638) | לא | 14.83% | 40.42% | 10,303 ש | גיל פרישה 67 הון צפוי ללא הפקדות של 10,612 דמי ש ניהול של 0 |

| דמות/מזהה | סוג מוצר | גוף מוסדי | שם מוצר ומספרו | שם מסלול | הבטחת תשואה | תשואה שנתית | תשואה תלת שנתית | דב' הפקדה % | דב' צבירה % | יתרה כיום | סכום צפוי בגיל 67 |
|-----------|----------|------------------------|---|---|-------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|-----------|---|
| להשאיר | קופת גמל | הפניקס פנסיה וגמל בע"מ | הפניקס גמל מסלול לבני 50 עד 60 (מס' קופה: 827-274-196999-6077379) | הפניקס גמל מסלול לבני 50 עד 60 (מס' קופה: 827-274-196999-6077379) | לא | 15.86% | 39.83% | | | 55,574 שח | גיל פרישה 67 הון צפוי ללא הפקדות 57,241 דמי ניהול נח של 0 |

| דמוי'צד | סוג מוצר | גוף מוסדי | שם מוצר ומספרו | שם מסלול | הבטחת תשואה | תשואה שנתית | תשואה תלת שנתית | דב' הפקדה % | דב' צבירה % | יתרה כיום | סכום צפוי בגיל 67 |
|---------|----------|-------------------------|--|---|-------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|---|-------------------|
| להשאיר | קופת גמל | הפניקס פנסייה וגמל בע"מ | הפניקס גמל מסלול לבני 50 עד 60 (מס' קופה: 827-274-197006-((6077377 | הפניקס גמל מסלול לבני 50 עד 60 (מס' קופה: 827-274-197006-((6077377 (9529) | לא | 15.86% | 39.83% | 0.8 | 50,529 ₪ | גיל פרישה 67 הון צפוי ללא הפקדות 52,045 ₪ דמי ניהול 404 ₪ | |

| שם מוצר ומספרו | שם מסלול | הבטחת תשואה | תשואה שנתית | תשואה תלת שנתית | דב' הפקדה % | דב' צבירה % | יתרה כיום | סכום צפוי בגיל 67 |
|---|---|----------------|----------------|-----------------------|-------------------|-------------------|---------------|---|
| הפניקס גמל מסלול לבני 50 עד 60 (מס' קופה: 658-274-197008- 6077381)) | הפניקס גמל מסלול לבני 50 עד 60 (מס' קופה: 658-274-197008- 6077381)) | לא | 15.86% | 39.83% | | 0.8 | 67,760 ש"ח | גיל פרישה 67 הון צפוי ללא הפקדות ש"ח 69,792 דמי ניהול ש"ח 542 של ש"ח |

| המליצה | סוג מוצר | גוף מוסדי | שם מוצר ומספרו | שם מסלול | הבטחת תשואה | תשואה שנתית | תשואה תלת שנתית | דב' הפקדה % | דב' צבירה % | יתרה כיום | סכום צפוי בגיל 67 |
|--------|----------|------------------------|---|--|-------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|-----------|--|
| להשאיר | קופת גמל | הפניקס פנסיה וגמל בע"מ | הפניקס גמל מסלול לבני 50 עד 60 (מס' קופה: 827-274-197014-6077378) | הפניקס גמל מסלול לבני 50 עד 60 (מס' קופה: 827-274-197014-6077378) (9529) | לא | 15.86% | 39.83% | | 0.8 | 66,162 ₪ | גיל פרישה 67 הון צפוי ללא הפקדות ₪68,147 דמי ניהול ₪529 של ₪ |

אזהרה: משיכת פיצויי הפיטורין ו/או משיכת כספי התגמולים לפני גיל הפרישה עלולה להקטין את הקצבה שתקבל באופן משמעותי, או לביטולה, ולגרום להפסד של הטבות מס רבות. מומלץ לשקול חלופות אחרות לפני משיכת כספים אלו



2. הכיסויים הביטוחיים המומלצים עבורך

למה? טבלה זו מרכזת את הכיסויים הביטוחיים שיש ברשותך או שהומלצו לך ביעוץ זה, בין אם מדובר בכיסוי הכלול במוצרי החיסכון הפנסיוני שברשותך ובין אם מדובר במוצרים שמהווים כיסוי נוסף למוצרים הפנסיוניים.

חשוב לוודא שיש לך כיסוי ביטוחי מספק לצרכיך, אך שים לב שאינך רוכש כיסויים רבים שלא לצורך.

שים לב: הזכאות לכיסוי ביטוחי וגובהו עשויה להיות מותנית בתנאים שונים, כגון שמירה על רציפות בהפקדות, גובה ההפקדות וכו' והכל בהתאם לתנאי המוצר הפרטניים.

| המלצה | שם המוצר | שם הגוף המוסדי | סוג הכיסוי הביטוחי/מסלול הביטוח | סכום הכיסוי הביטוחי/מסלול הביטוח (יחידתי) | עלות חודשית | כלול במוצר הפנסיוני (כן/לא) |
|---------|---|------------------------------------|---------------------------------|---|----------------------|-----------------------------|
| להשאיר | אינפיניטי גמל להשקעה כללי (מס' קופה: 0-216-107247) | אינפיניטי השתלמות, גמל ופנסיה בע"מ | אין כיסויים במוצר זה | אין כיסויים במוצר זה | אין כיסויים במוצר זה | |
| להשאיר | הפניקס גמל מסלול לבני עד 50 (מס' קופה: 827-274-196980 ((6077380)) | הפניקס פנסיה וגמל בע"מ | אין כיסויים במוצר זה | אין כיסויים במוצר זה | אין כיסויים במוצר זה | |
| חלופה 1 | אלטשולר שחם פנסיה מקיפה 1328 | אלטשולר שחם גמל ופנסיה בעמ | אין כיסויים במוצר זה | אין כיסויים במוצר זה | אין כיסויים במוצר זה | |
| חלופה 2 | אלטשולר שחם פנסיה כללית 1329 | אלטשולר שחם גמל ופנסיה בעמ | אין כיסויים במוצר זה | אין כיסויים במוצר זה | אין כיסויים במוצר זה | |
| חלופה 3 | מגדל מסלול לבני 50-60 מ.ה-9604 פליסה | מגדל | אין כיסויים במוצר זה | אין כיסויים במוצר זה | אין כיסויים במוצר זה | |
| להשאיר | אינפיניטי גמל להשקעה כללי (מס' קופה: 0-921-33455) | אינפיניטי השתלמות, גמל ופנסיה בע"מ | אין כיסויים במוצר זה | אין כיסויים במוצר זה | אין כיסויים במוצר זה | |
| להשאיר | הפניקס גמל מסלול לבני עד 50 (מס' קופה: 827-274-196999 ((6077379)) | הפניקס פנסיה וגמל בע"מ | אין כיסויים במוצר זה | אין כיסויים במוצר זה | אין כיסויים במוצר זה | |
| להשאיר | הפניקס גמל מסלול לבני עד 50 (מס' קופה: 827-274-197006 ((6077377)) | הפניקס פנסיה וגמל בע"מ | אין כיסויים במוצר זה | אין כיסויים במוצר זה | אין כיסויים במוצר זה | |
| להשאיר | הפניקס גמל מסלול לבני עד 50 (מס' קופה: 658-274-197008 ((6077381)) | הפניקס פנסיה וגמל בע"מ | אין כיסויים במוצר זה | אין כיסויים במוצר זה | אין כיסויים במוצר זה | |
| להשאיר | הפניקס גמל מסלול לבני עד 50 (מס' קופה: 827-274-197014 ((6077378)) | הפניקס פנסיה וגמל בע"מ | אין כיסויים במוצר זה | אין כיסויים במוצר זה | אין כיסויים במוצר זה | |

שים לב: הזכאות לכיסוי ביטוחי וגובהו עשויה להיות מותנית בתנאים שונים, כגון שמירה על רציפות בהפקדות, גובה ההפקדות וכו' והכל בהתאם לתנאי המוצר הפרטניים.

חלק ב' - המאפיינים שלך לפיהם נקבעו ההמלצות

למה? התחשבות במאפיין האישיים חשובה לשם מתן המלצה על המוצרים המתאימים ביותר עבורך.

להלן פירוט המאפיינים אליהם התייחסתי בייעוץ/בשיווק הפנסיוני:

| | | |
|---|-------------------------|------------------|
| 1 | גיל | 66 |
| 2 | מצב משפחתי | נשוי |
| 3 | מצב תעסוקתי | None |
| 4 | הכנסה קבועה לאחר הפרישה | לא |
| 5 | רמת סיכון מועדפת | בינוני |
| 6 | מטרת החיסכון | חסכון לגיל פרישה |
| 7 | צרכים ביטוחיים | None |

שים ♥ אם החסרת מידע רלוונטי, ההמלצה שניתנה לך עלולה שלא להתאים לצרכים האישיים שלך.

תוכל לעדכן את סוכן הביטוח הפנסיוני במידע החסר ולבקש עדכון של ההמלצה בהתאם

ת ☒ הצהרת בעל הרישיון על שמירת סודיות.

חתימת בעל הרישיון:



כל מידע שנמסר לי בהליך הייעוץ/השיווק הפנסיוני על ידי הלקוח, יישמר בסודיות ויועבר אך ורק לגורמים רלוונטיים לעניין הליך הייעוץ/שיווק הפנסיוני.

□ הצהרת לקוח על אי מסירת מידע.

לא מסרתי מידע על סעיפים, לאחר שהובהר לי כי ייתכן ופרטים אלו חיוניים לשם מתן המלצה על המוצרים הפנסיוניים המתאימים לי

חתימת הלקוח:

□ הצהרת בעל הרישיון על אי מסירת מידע על ידי הלקוח

על אף שהלקוח לא מסר מידע על סעיפים, אין בכך כדי למנוע ממני להתאים את הייעוץ או השיווק הפנסיוני לצרכיו של הלקוח, כפי שהובאו לידיעתי.

חתימת בעל הרישיון:



חלק ג' - הכר את הסוכן ביטוח פנסיוני

1. פרטי הסוכן הפנסיוני

שם מלא: עומר בן-צבי
מספר רשיון פנסיוני: 034458497
מספר טלפון: 054-4411730
כתובת מייל: OMER@BENZVI.BIZ
כתובת: הבוטנים 34 פרדס חנה כרכור
האם פועל במסגרת חברה? לא

2. גילוי נאות

למה? חשוב שתכיר את ההסכמים שלי עם הגופים המוסדיים, כדי שתבין מהם הקשרים שלי למוצרים ולגופים המוסדיים השונים

■ סוכן ביטוח פנסיוני :

- ☐ אני מקבל שכר מהגוף המוסדי _____ שבו אני עובד
- ☒ אני מקבל עמלה מהגופים המוסדיים שאני משווק את מוצריהם
- ☐ אני סוכן ביטוח שכיר מתוגמל ע"י סוכנות לביטוח שבה אני עובד וממנה מקבל שכר

להלן רשימת הגופים המוסדיים העיקריים שאת מוצריהם שיווקתי בשנת 2023

- הרשימה מסודרת משיעור העמלות הגבוה ביותר לנמוך ביותר, כאשר מהגוף המופיע במקום ה-1 קיבלתי את מירב העמלות.

| מיקום | שם חברת ביטוח | שם קופת גמל | שם קרן פנסיה | שם קרן השתלמות |
|-------|---------------|-------------|--------------|----------------|
| 1 | הפניקס | הפניקס | הראל | הפניקס |
| 2 | הראל | מור | | מור |
| 3 | מגדל | אלטשולר שחם | | אלטשולר שחם |

3. מכירת מוצרים ללקוח שאינם פנסיוניים

במסגרת פגישת השיווק נמכרו ללקוח מוצרי ביטוח שאינם פנסיוניים כמפורט להלן

| סוג מוצר | עלות מוצר | גורם משלם (מעסיק/לקוח) |
|----------|-----------|------------------------|
| | | |

מוצרי הביטוח אשר נמכרו לך במסגרת פגישת שיווק ומוצגים ברשימה שלעיל אינם מוצרים פנסיוניים, ואינם מהווים חלק מתהליך השיווק או מותגים בו

מצב קיים

| שם קופה |
|--------------------------------|
| אינפיוטי גמל להשקעה כללי |
| הפניקס גמל מסלול לבני 50 עד 60 |
| אינפיוטי גמל להשקעה כללי |
| הפניקס גמל מסלול לבני 50 עד 60 |
| הפניקס גמל מסלול לבני 50 עד 60 |
| הפניקס גמל מסלול לבני 50 עד 60 |
| הפניקס גמל מסלול לבני 50 עד 60 |

מצב חדש

| שם קופה |
|--------------------------------|
| אינפיוטי גמל להשקעה כללי |
| הפניקס גמל מסלול לבני 50 עד 60 |
| אינפיוטי גמל להשקעה כללי |
| הפניקס גמל מסלול לבני 50 עד 60 |
| הפניקס גמל מסלול לבני 50 עד 60 |
| הפניקס גמל מסלול לבני 50 עד 60 |
| הפניקס גמל מסלול לבני 50 עד 60 |
| הפניקס השתלמות עוקב מדדי מניות |

חלק ה' - הצהרת הלקוח

אני, החתום מטה, מצהיר כי מסמך ההנמקה נמסר לי על ידי הסוכן ביטוח פנסיוני

חתימת בעל הרשיון:



שם הסוכן: עומר בן צבי

חתימת הלקוח:

שם הלקוח: אברהם אהרוני

מסמך זה הופק באמצעות מערכת הנמקה אוטומטית של סוכנות בן צבי

הרשאה מתמשכת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות

(מינוי סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני) (נספח ב1)

הרשאה זו מתייחסת לכל סוגי המוצרים הפנסיוניים שברשותי ולכל המוצרים הפנסיוניים שברשותי, ומוצרי הביטוח שברשותי, למעט אלו המוחרגים במפורש, ומבטלת כל ייפוי כוח של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר (□ צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

מייפה הכוח (הלקוח):

שם: _____ מספר זיהוי _____
כתובת: _____

מיופה הכוח (סוכן ביטוח/ יועץ פנסיוני), במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד):

שם (יחיד/תאגיד): _____ עומר בן צבי _____ רישיון מס'

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 3 | 4 | 4 | 5 | 8 | 4 | 9 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

אשר הינו: 1) יועץ פנסיוני □ ; 2) סוכן ביטוח פנסיוני □ סמן את האפשרות המתאימה.
טלפון _____ 054-4411730 מייל _____ omer@benzvi.biz

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני ומי מטעמו¹, לפנות בשמי לכל גוף מוסדי² לשם קבלת מידע³ אודות מוצרים פנסיוניים⁴ ותכנית ביטוח⁵, הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשותיי להצטרפות למוצר פנסיוני או לתכנית ביטוח העברת בקשותיי לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. אם מיופה הכוח הוא יועץ פנסיוני, יחול ייפוי הכוח עבור תכניות ביטוח, למידע בלבד.
העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית.

1. תחולת ההרשאה

ייפוי כוח זה מתייחס לכל המוצרים הפנסיוניים ומוצרי הביטוח המנוהלים עבורי בגוף מוסדי כלשהו נכון למועד חתימת הרשאה זו, או מוצרים אחרים שינוהלו עבורי בגוף מוסדי במהלך תקופת תוקפה של הרשאה זו, מלבד המוצרים המנויים בטופס המצורף להרשאה זו (יש לציין מוצרים עבור כל גוף מוסדי בנפרד), או מוצרים עתידיים שאצטרף אליהם באמצעות סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר. אם מנוהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית כאשר בעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיופה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

¹ מי מטעמו - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות בפקוח על שירותים פיננסיים (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיונית)(אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), התשע"ב-2012

² גוף מוסדי - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.

³ מידע אודות מוצר פנסיוני - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתורות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש.

⁴ מוצר פנסיוני - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31(ז)(2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.

⁵ תכנית ביטוח - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.

שים לב! אם לא יצוין סוג מוצר פנסיוני או מוצרים פנסיוניים או תכניות ביטוח בטופס המצ"ב, ההרשאה תתייחס לכל סוגי המוצרים הפנסיוניים ולכל המוצרים הפנסיוניים או תכניות הביטוח שברשותך. הרשאה כאמור מבטלת ייפוי כוח של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר.

2. ביטול הרשאה קודמת

שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:

- ☐ בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי המוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע בלבד על מוצר מסוים, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
- ☐ בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי המוצרים הכלולים בהרשאה זו, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.

3. תוקפו של ייפוי כוח

שים לב! באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה

- ☐ הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.
- ☐ הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ-10 שנים - עד ליום _____.

4. תוכנית ביטוח חיים עבור משכנתא

- אם יש ברשותך תכניות לביטוח חיים עבור משכנתא, ייפוי הכוח יאפשר לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני לקבל עליהן מידע בלבד, ולא יבטל ייפוי כוח של סוכן ביטוח אחר לביצוע פעולות, אלא אם כן תסמן במפורש אחרת.
- ☐ הרשאה זו תהיה תקפה גם עבור סוכן ביטוח לתכניות לביטוח חיים עבור משכנתא, הן לקבלת מידע והן לביצוע פעולות. ידוע לי כי הרשאה זו תבטל ייפוי כוח של סוכן ביטוח קודם לביצוע פעולות.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך החתימה

חתימת הלקוח



עומר בן צבי

תאריך החתימה

חתימת סוכן הביטוח או
היועץ פנסיוני

שם סוכן הביטוח או
היועץ הפנסיוני
בפניו חתם הלקוח

טופס נספח להרשאה מתמשכת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (רשות)

לכבוד _____
(שם הגוף המוסדי), (מספר ח.פ.)

הנדון: רשימת החרגות מייפוי הכוח (מינוי סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני)

שם הלקוח: _____ מספר זיהוי _____
ניתן להחריג מייפוי הכוח שיינתן לסוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני סוגים של מוצרים באמצעות סעיף (1)
או להחריג את קבלת המידע וביצוע הפעולות או את ביצוע הפעולות עבור מוצרים מסויימים באמצעות סעיף (2).

1. להלן פירוט סוגי המוצרים הפנסיוניים המוחרגים מייפוי הכוח:

☐ קרן פנסיה¹ ☐ קופת גמל² ☐ ביטוח פנסיוני³ ☐ קרן השתלמות⁴ ☐ תכנית ביטוח⁵
(ביטוח מנהלים)

2. להלן פירוט המוצרים הפנסיוניים המוחרגים מייפוי הכוח:

| (1) מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר | (2) מספר הקידוד של המוצר (רשות) | (3) סוכן ביטוח/יועץ פנסיוני לא יקבל מידע ולא יבצע פעולות במוצר | (4) סוכן ביטוח/יועץ פנסיוני יקבל מידע בלבד |
|---|---------------------------------|--|--|
| | | | |
| | | | |

* החרגה של מוצר פנסיוני תתייחס לכל מסלולי ההשקעה והכיסויים הביטוחיים הכלולים בו.
* אם מועבר מספר הקידוד של המוצר, יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני".
* בממשק האירועים שדה "מספר קידוד אחיד" הוא שדה חובה.

ולראיה באתי על החתום:

| | |
|--------------|--|
| תאריך החתימה | חתימת הלקוח |
| _____ | _____ |
| _____ | עומר בן צבי |
| תאריך החתימה | שם סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני בפניו חתם הלקוח |
| _____ | _____ |
| _____ | חתימת סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני |

נספח זה יועבר לכל גוף מוסדי אליו פונה בעל הרישיון.

אם הלקוח לא ביקש להחריג מייפוי הכוח מוצר כלשהו בגוף מוסדי, יישלח הנספח לאותו גוף מוסדי כשהוא ריק.

¹ קרן פנסיה - סעיף (1) להגדרת סוג מוצר פנסיוני בחוק הייעוץ הפנסיוני.
² קופת גמל - סעיפים 1-(א)-(3) להגדרת סוג מוצר פנסיוני בחוק הייעוץ הפנסיוני.
³ ביטוח פנסיוני - סעיפים 4-(6) להגדרת סוג מוצר פנסיוני בחוק הייעוץ הפנסיוני.
⁴ קרן השתלמות - סעיף (7) להגדרת סוג מוצר פנסיוני בחוק הייעוץ הפנסיוני.
⁵ תכנית ביטוח - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.

טופס הצטרפות לקרן השתלמות

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

| פרטי החברה המנהלת | | | |
|-------------------------|-------------------|---------------------------|-----|
| שם החברה המנהלת | שם קופת ההשתלמות* | הפניקס השתלמות | 399 |
| שם פרטי פנסיה וגמל בע"מ | קוד קופת ההשתלמות | מספר החשבון של העמית בקרן | |

| פרטי העמית | | | | | | |
|--|----------------|----------------|------------------------|--|---|------------|
| לתשומת לבך, פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס* | | | | | | |
| שם פרטי* | שם משפחה* | שם משפחה קודם | מס' תעודת זהות/דרכון * | תאריך לידה * | מין * | מצב משפחתי |
| | | | | | | |
| ישוב* | ת.ד. | רחוב* | בית* | דירה | מיקוד | |
| | | | | | | |
| כתובת דוא"ל | מס' טלפון נייד | מס' טלפון קווי | מעמד | שכיר <input type="radio"/> בעל שליטה <input type="radio"/> | עצמאי <input type="radio"/> עצמאי באמצעות מעסיק <input type="radio"/> | |

| פרטי המעסיק | | | |
|-------------|--------------|------------|-----------------------|
| שם המעסיק* | כתובת המעסיק | מס' טלפון* | מס' ח.פ. ש עוסק מורשה |
| | | | |

מסלולי ההשקעה בקרן השתלמות נבדלים ברמת הסיכון והתשואה הצפויה לכספך המושקעים בקרן

בחירת מסלולי השקעה

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

| מ"ה באוצר | שם מסלול השקעה | % השקעה מבוקש |
|-----------|--|---------------|
| 964 | הפניקס השתלמות כללי (664) | % |
| 715 | הפניקס השתלמות כספי (שקלי) (102)* | % |
| 1100 | הפניקס השתלמות אשראי ואג"ח עם מניות (עד 25% מניות) (142) | % |
| 716 | הפניקס השתלמות אשראי ואג"ח (99) | % |
| 968 | הפניקס השתלמות מניות (666) | % |
| 15211 | הפניקס השתלמות משולב סחיר (548) | % |
| 15212 | הפניקס השתלמות אג"ח סחיר (551) | % |
| 15007 | הפניקס השתלמות עוקב מדדי מניות (506) | % |
| 8629 | הפניקס השתלמות עוקב מדדים גמיש (726) | % |
| 13264 | הפניקס השתלמות עוקב מדד S&P 500 (737) | % |
| 15232 | הפניקס השתלמות מניות סחיר (555) | % |
| 9528 | הפניקס השתלמות הלכה (662) | % |
| 2058 | הפניקס השתלמות שריעה (834) | % |

***הצטרפות למסלול השקעה כספי (שקלי) - אם נבחר מסלול השקעה כספי, חובה לבצע את הבחירות הבאות:**

| | |
|--|--|
| התקופה לבחירת במסלול הכספי תהיה למשך: | בתום התקופה שנבחרה אני מבקש להעביר את הכספים בחשבוני מהמסלול הכספי למסלול השקעה (יש לציין את מספר מ"ה מתוך טבלת המסלולים שלעיל): |
| 6 חודשים <input type="radio"/> 12 חודשים <input type="radio"/> 24 חודשים <input type="radio"/> | |

שים לב: שינוי בתקופת הבחירה או במסלול ההשקעה הנבחר לתום התקופה, יתחיל את ספירת התקופה האמורה מחדש.

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספך במסלול הפניקס השתלמות כללי (964)

| דמי ניהול בקרן השתלמות (לא רלוונטי בקרן השתלמות ענפית) | |
|--|---|
| שיעור דמי ניהול מצבירה (שנתי) | <p>שים לב!</p> <p>להשלמת ההליך וחישוב העלות השנתית הצפויה לשנה זו והצגתה ביחס למסלולי ההשקעה השונים נא היכנס לכתובת:</p> <p>https://www.fnx.co.il/calculators/year/</p> <p>נוסף על דמי ניהול, רשאת החברה המנהלת לגבות מהנכסים המנוהלים בקופה הוצאות ישירות בשל ביצוע עסקאות. שיעורי ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מוצגים באתר האינטרנט של החברה המנהלת בכתובת - www.fnx.co.il</p> |

* "קבוצת הפניקס" - הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את הפניקס אחזקות בע"מ, חברות הבת וכן כל החברות והגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס ביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם של 50% או יותר.

| | | |
|-------------|-------------------|--------------|
| - | | |
| סכום ההפקדה | תאריך תחילת גבייה | תדירות תשלום |

אישורים

1. 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 קופת הגמל שלי, לרבות עיבוד מידע הקיים במערכות החברה והכל בכפוף להוראות הדין.
2. אני מסכים 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.
- כמו כן, ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיוור לקבלת הודעות שיווקיות ודברי פרסומת, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל: nospam@xnes.co.il או לכתובת: דרך השלום 53 גבעתיים, 5345433.
- באפשרותך לבחור לקבל מסמכים והודעות מטעם החברה ומחברות בקבוצה בה מנויה החברה באחד מהאמצעים שמולאו בפרטי העמית:
○ אמצעי דיגיטלי ○ דואר
- לידתך! 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.fnx.co.il

| | |
|---|-----------------------|
| X | חתימת העמית / המבקשים |
|---|-----------------------|

פרטי בעל הרשיון

| | | | | |
|---------|----------|----------------|----------------|-------------|
| עומר | בן צבי | 034458497 | 69464 | עומר בן צבי |
| שם פרטי | שם משפחה | מס' בעל רישיון | מס' סוכן בחברה | שם סוכנות |

רשימת מסמכים מצורפים

- צילום תעודת זהות או צילום דרכון במקרה של תושב זר (חובה עבור קופות במעמד עצמאי)
- הוראה להפקדה חד פעמית - עצמאי (רשות)
- אישור על עוסק עצמאי הרשום במע"מ.
- ייפוי כח - בהתאם להוראות הממונה
- מסמך הנמקה - בהתאם להוראות הממונה
- טופס הוראה לחיוב חשבון - עצמאי (רשות)
- כתב מינוי אפוטרופוס (חובה ככל שאפוטרופוס מעורב בתהליך)
- טופס בקשה להעברת כספים - בהתאם להוראות הממונה (רשות)
- טופס הצהרת עמית עצמאי לפי צו איסור הלבנת הון (ככל שנדרש)

| | |
|--------|------------------|
| X | חתימת אפוטרופוס* |
| תאריך* | |

| | |
|--------|-------------------|
| X | חתימת בעל הרשיון* |
| תאריך* | |

| | |
|--------|--------------|
| X | חתימת העמית* |
| תאריך* | |

טופס מינוי מוטבים בקופת גמל

| | | | |
|--|------------------------------------|-------------------|-----------------------|
| פרטי החברה המנהלת | | | |
| ההוראה תחול על כל חשבונותי בקופות שסומנו | 513026484-000000000000102-0000-102 | הפניקס גמל | פניקס פנסיה וגמל בע"מ |
| ההוראה תחול רק בחשבון מספר: _____ | 513026484-000000000000399-0000-399 | הפניקס השתלמות | |
| | 513026484-000000000000570-0000-570 | הפניקס גמל להשקעה | |
| מס' החשבון של העמית בקרן/קופת גמל | קוד קופת הגמל/קרן השתלמות | שם קופת הגמל* | שם החברה המנהלת |

| | | | |
|---|------------------------|------------|---------|
| פרטי העמית | | | |
| גרוש <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> | | | |
| אלמן <input type="radio"/> ידוע בציבור <input type="radio"/> | מס' תעודת זהות/דרכון * | שם משפחה * | שם פרטי |
| מצב משפחתי | תאריך לידה * | מין * | |

| | | | | | | |
|--|------------|------------|------------------------|-------|------------|-----------|
| 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' תעודת זהות/דרכון * | כתובת | קרבת משפחה | חלק ב-% * |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| סה"כ: 100% | | | | | | |
| * 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: <input type="radio"/> לשאר המוטבים בחלקים שווים <input type="radio"/> לשאר המוטבים באופן יחסי לחלקם <input type="radio"/> ליורשיי החוקיים (על פי צו ירושה או צו קיום צוואה) <input type="radio"/> אחר _____ | | | | | | |

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

| |
|--|
| מסמכים מצורפים |
| תעודת זהות (כולל ספח)/דרכון (לתושב זר) |

| | |
|--|-------|
| אישורים | |
| 1. 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 קופת הגמל/קרן ההשתלמות שלי, לרבות עיבוד מידע הקיים במערכות החברה והכל בכפוף להוראות הדין. | |
| 2. <input type="radio"/> 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. כמו כן, ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיור לקבלת הודעות שיווקיות ודברי פרסומת, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל: nospam@xnes.co.il או לכתובת: דרך השלום 53 גבעתיים, 5345433. | |
| באפשרותך לבחור לקבל מסמכים והודעות מטעם החברה ומחברות בקבוצה בה מנויה החברה באחד מהאמצעים שמולאו בפרטי העמית: <input type="radio"/> אמצעי דיגיטלי <input type="radio"/> דואר | |
| לידיעתך! אם לא תבחר באחת מהאפשרויות המופרטות, יישלחו אלייך מסמכים והודעות כפי שנקבע בהוראות הדין. | |
| זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קופת הגמל/קרן ההשתלמות, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קופת הגמל/קרן ההשתלמות: www.xnes.co.il | |
| X | חתימה |

| | | | | |
|---|------------------|----------------|----------------|---------------|
| הצהרת בעל הרשיון | | | | |
| עומר | בן צבי | 034458497 | 69464 | עומר בן צבי |
| שם פרטי * | שם משפחה * | מס' בעל רישיון | מס' סוכן בחברה | שם סוכנות |
| אני _____ עומר בן צבי שפרטיו לעיל, מצהיר ומאשר כי הוראת מוטבים זו נחתמה לפני ואו מולאה לבקשת העמית לאחר שהעמית זוהה על ידי. | | | | |
| X | חתימת בעל הרשיון | | X | חתימת העמית * |
| תאריך | חתימת בעל הרשיון | | תאריך | חתימת העמית * |

טופס הצהרת עמית

הפניקס השתלמות

שם קופת הגמל

מס' חשבון

אני: _____ בעל ת.ז. מס': _____

מצהיר בזה כי:

☒ אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בחשבון זולת העמית למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בחשבון.

☐ יש נהנה בזכויות כאמור, ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים; הסיבה לכך: _____

אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.

☐ הנהנים בחשבון הם:

| שם פרטי ושם משפחה | מס' ת.ז. | שם המדינה שבה הוצא מסמך הזיהוי | תאריך לידה | מענ' |
|-------------------|----------|--------------------------------|------------|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

* ימולא אם חסר שם ומספר זהות.

☐ בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא במקרה שבו המצהיר הוא תאגיד):

| שם פרטי ושם משפחה | מס' ת.ז. | שם המדינה שבה הוצא מסמך הזיהוי | תאריך לידה* |
|-------------------|----------|--------------------------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

* ימולא אם חסר שם ומספר זהות.

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.
ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי-מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק איסור הלבנת הון, התש"ס - 2000, מהווה עבירה פלילית.

| | | |
|-------|--|-------|
| | | |
| תאריך | | חתימה |

הצהרת FATCA ו-CRS

| | | | |
|--|----------|--------------------|--------------------------|
| שם פרטי באנגלית | | שם משפחה באנגלית | |
| 1 האם אתה אזרח ארה"ב: <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא | | | |
| 2 האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא | | | |
| ארץ לידה: _____ US TIN: _____ | | | |
| <ul style="list-style-type: none">במידה והנך אזרח ארה"ב או תושב ארה"ב לצרכי מס, יש לצרף טופס W9 ולציין שם פרטי ושם משפחה באנגלית.במידה והנך תושב ארה"ב לצרכי מס, יש לצרף הצהרה בדבר תושבות ישראלית.אם הנך תאגיד, יש למלא הצהרת תושבות מס לתאגיד. | | | |
| 3 האם יש לך תושבות לצרכי מס במדינה נוספת מלבד ישראל: <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא | | | |
| במידה וענית כן, אנא ציין מדינות תושבות ומספר TIN עבור כל מדינה: | | | |
| מדינה | מספר TIN | המדינה אינה מנפיקה | המדינה אינה דורשת להנפיק |
| | | אחר, נא פרט: | |
| אם חסר מספר TIN עדכן מה הסיבה: | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

הנני מצהיר בזאת כי הנני משלם מס כדין בכל אחת ממדינות התושבות שצייתי וכי חתימתי על הצעה זו ולרבות ההצהרות שבה נעשתה בישראל בחתימתי הנני מאשר כי הבנתי את משמעות הצהרותי וכי הנני מסכים לאמור בהן.

| | | |
|-------------|--|-------------|
| X | | תאריך חתימה |
| חתימת העמית | | |

הצהרת FATCA ו-CRS עבור הורה/אפוטרופוס/ מקנה מתנה, ככל ומדובר בקופת קטין

| | | | |
|--|----------|--------------------|--------------------------|
| שם פרטי באנגלית | | שם משפחה באנגלית | |
| 1 האם אתה אזרח ארה"ב: <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא | | | |
| 2 האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא | | | |
| ארץ לידה: _____ US TIN: _____ | | | |
| <ul style="list-style-type: none">במידה והנך אזרח ארה"ב או תושב ארה"ב לצרכי מס, יש לצרף טופס W9 ולציין שם פרטי ושם משפחה באנגלית.במידה והנך תושב ארה"ב לצרכי מס, יש לצרף הצהרה בדבר תושבות ישראלית.אם הנך תאגיד, יש למלא הצהרת תושבות מס לתאגיד. | | | |
| 3 האם יש לך תושבות לצרכי מס במדינה נוספת מלבד ישראל: <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא | | | |
| במידה וענית כן, אנא ציין מדינות תושבות ומספר TIN עבור כל מדינה: | | | |
| מדינה | מספר TIN | המדינה אינה מנפיקה | המדינה אינה דורשת להנפיק |
| | | אחר, נא פרט: | |
| אם חסר מספר TIN עדכן מה הסיבה: | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

הנני מצהיר בזאת כי הנני משלם מס כדין בכל אחת ממדינות התושבות שצייתי וכי חתימתי על הצעה זו ולרבות ההצהרות שבה נעשתה בישראל בחתימתי הנני מאשר כי הבנתי את משמעות הצהרותי וכי הנני מסכים לאמור בהן.

| | | |
|-------------|--|-------------|
| X | | תאריך חתימה |
| חתימת העמית | | |

שאלון הכר את הלקוח

למילוי בידי הלקוח, ואם הלקוח תאגיד – יש למלא טופס נפרד.

| |
|-----------------|
| מס פוליסה/חשבון |
|-----------------|

| א. פרטי זיהוי | | | |
|---------------|----------|-----------|------------------------|
| שם פרטי | שם משפחה | מספר זהות | מדינת ההנפקה של הדרכון |

| ב. בירור לעניין תושב חוץ/איש ציבור | |
|--|--|
| <p>האם הנך תושב חוץ? כן לא אם כן, ציין באיזו מדינה: _____</p> <p>במידה וסומן כן, אנא מלא את סעיף א' לטופס "איש ציבור" המצורף בסופו של טופס זה ("איש ציבור זר").</p> <p>במידה וסומן לא, האם אתה או בן משפחתך או שותף עסקי שלך מכהן או כיהן בעבר בתפקיד ציבורי בכיר בארץ או מחוץ לארץ ב- 5 השנים האחרונות? כן לא</p> <p>*במידה וסומן כן, אנא מלא את סעיף ב' לטופס "איש ציבור" המצורף בסופו של טופס זה ("איש ציבור מקומי").</p> | |

| ג. קיומו של נהנה בחשבון* | |
|---|--|
| <p>האם הכספים בחשבון מוחזקים בעבור אדם אחר שאינו מקבל השירות? כן לא</p> <p>האם המבוטח או העמית מבצע את הפעילות בעבור אדם אחר שאינו מקבל השירות? כן לא</p> <p>האם אדם אחר שאינו מקבל השירות מכוון את הפעילות בחשבון? כן לא</p> <p>*במידה וסומן כן באחת השאלות:</p> | |
| 1 | אם מקבל השירות או הנהנה תושבי חוץ, אנא מלא את סעיף א' לטופס "איש ציבור" המצורף בסופו של טופס זה ("איש ציבור זר") |
| 2 | אם מקבל השירות והנהנה תושבי הארץ - האם אתה או בן משפחתך או שותף עסקי שלך מכהן או כיהן בעבר בתפקיד ציבורי בכיר בארץ או מחוץ לארץ ב- 5 השנים האחרונות? כן לא |
| *במידה וסומן כן, אנא מלא את סעיף ב' לטופס "איש ציבור" המצורף בסופו של טופס זה ("איש ציבור מקומי"). | |

| ד. זיקת הלקוח לגורם אחר | |
|--|---|
| 1 | <p>האם קיים מיופה כוח שאינו בעל רישיון בחשבון או בחוזה ביטוח החיים? כן לא</p> <p>*במידה וסומן כן, אנא סמן את הזיקה בינך לבין מיופה הכוח:</p> <p>○ בן משפחה² - פרט: _____</p> <p>○ שותף עסקי</p> <p>○ עובד או מעביד</p> <p>○ אחר - פרט: _____</p> |
| 2 | <p>האם מתוכננות הפקדות מצד גורם אחר בחשבון או בחוזה ביטוח החיים? כן לא</p> <p>*במידה וסומן כן, אנא סמן את הזיקה בינך לבין אותו גורם:</p> <p>○ בן משפחה - פרט: _____</p> <p>○ שותף עסקי</p> <p>○ עובד או מעביד</p> <p>○ אחר - פרט: _____</p> |
| שם הגורם המפקיד (יש למלא רק אם הגורם המפקיד אינו בעל פוליסה או מבוטח או עמית). | |
| שם פרטי ושם משפחה | |
| מס' ת.ז. | |

| ה. פרטים על משלח יד/מקצוע ועיסוק | |
|----------------------------------|--|
| 1 | <p>מצב תעסוקתי</p> <p>○ שכיר. שם המעסיק: _____ עיסוק/תפקיד: _____</p> <p>○ עצמאי</p> <p>○ שכיר בעל שליטה</p> <p>○ סטודנט</p> <p>○ גמלאי. עיסוק טרם הפרישה: _____</p> <p>○ קטין</p> |
| | <p>○ חבר קיבוץ</p> <p>○ אברך/תלמיד ישיבה</p> <p>○ חייל בשירות חובה או מתנדב בשירות לאומי</p> <p>○ לא עובד</p> <p>○ אחר (פרט)</p> |

| | |
|--|---|
| 2 אם סומן ב- (1) עצמאי, אנא מלא את הפרטים הבאים: | |
| שם העסק: _____ | |
| מען העסק: _____ | |
| מחזור הכנסות שנת: _____ | |
| תחום העיסוק של העסק | |
| <input type="radio"/> יהלומים ואבני חן | <input type="radio"/> סחר בנשק |
| <input type="radio"/> נדל"ן | <input type="radio"/> סחר במטבעות וירטואליים |
| <input type="radio"/> סחר במתכות יקרות | <input type="radio"/> נותן שירות אשראי או מתן שירות בנקס פיננסי |
| <input type="radio"/> בלדורות | <input type="radio"/> ביצוע העברות כספים מישראל אל מדינות זרות או להיפך |
| <input type="radio"/> עסק בו עיקר הפעילות במזומן | <input type="radio"/> הימורים |
| <input type="radio"/> עסק שאינו למטרת רווח: עמותה/גמ"ח/מלכ"ר | <input type="radio"/> אחר (פרט): _____ |
| (1) יובהר כי אין בסעיף האמור לפטור את בעל הפוליסה, המבוטח או העמית, לפי העניין, מהצהרה על נהנה לפי הוראות סעיף 5(א) לצו איסור הלבנת הון. | |

| | |
|--|---|
| 1. מטרת ההתקשרות, מקור הכספים והפעילות המתוכננת | |
| 1 מטרת פתיחת החשבון או חוזה ביטוח החיים: | |
| <input type="radio"/> חיסכון לטווח קצר (עד שנתיים) | <input type="radio"/> חיסכון לטווח ארוך (מעל שש שנים) |
| <input type="radio"/> חיסכון לטווח בינוני (בין שנתיים לשש שנים) | <input type="radio"/> חיסכון לגיל פרישה |
| 2 מקור הכספים המופקדים | |
| <input type="radio"/> משכורת/קצבה | <input type="radio"/> תקבולים/הכנסות מעסק |
| <input type="radio"/> חסכונות שנצברו | <input type="radio"/> תקבולים מפעילות ניירות ערך בשוק ההון |
| <input type="radio"/> מכירת עסק | <input type="radio"/> הלוואה |
| <input type="radio"/> רושה | <input type="radio"/> פיצויי פטורין/פרישה |
| <input type="radio"/> זכייה | <input type="radio"/> מכירת נכס |
| <input type="radio"/> העברת כספים מקופת גמל אחרת | <input type="radio"/> השכרת נכס |
| <input type="radio"/> מתנה: | <input type="radio"/> כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה |
| שם נותן המתנה: _____ | סוג העסק: _____ |
| זיקה לנותן המתנה: _____ | שם המדינה: _____ |
| <input type="radio"/> תרומה | <input type="radio"/> אחר (פרט): _____ |
| 3 סכום הפקדות שנתיות צפויות (ש"ח): _____ | |
| 4 תדירות הפקדות צפויה <input type="radio"/> חד פעמי <input type="radio"/> חודשי <input type="radio"/> רבעוני <input type="radio"/> חצי שנתי <input type="radio"/> שנתי <input type="radio"/> אחר (פרט): _____ | |
| 5 אופן הפקדות הכספים בחשבון <input type="radio"/> המחאה <input type="radio"/> הוראת קבע <input type="radio"/> העברה בנקאית | |
| 6 האם צפויות הפקדות/משיכות בחשבון/חוזה ביטוח חיים מ/אל מדינה זרה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא | |
| במידה וסומן כן, ציין את שם המדינה הזרה: _____ | |
| 7 האם ידוע לך בשלב זה על משיכות צפויות בחשבון בשנה הקרובה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא | |

| | | |
|--|----|-------|
| ז. הצהרות | | |
| 1 האם בעבר גוף פיננסי סירב להעניק לך שירותים מסיבות הקשורות באיסור הלבנת הון או מימון טרור? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא | | |
| תאריך | שם | חתימה |
| | | X |
| 2 הריני מצהירה/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה מלא ומהימן, ואני מתחייבת/לדווח על כל שינוי בהצהרתי זו. | | |
| תאריך | שם | חתימה |
| | | X |

| שאלון מוגבר | | |
|---|---|-------|
| מה מקור משאביך הפיננסיים? | | |
| <input type="radio"/> שכר מעבודה <input type="radio"/> תפקיד אחרון: <input type="radio"/> שם המעסיק: <input type="radio"/> דיבידנד <input type="radio"/> תקבולים מעסק <input type="radio"/> ירושה <input type="radio"/> ריבית מחסכונות <input type="radio"/> פנסיה <input type="radio"/> תפקיד אחרון טרם פרישה: <input type="radio"/> שם המעסיק טרם פרישה: | <input type="radio"/> תקבולים ממקורות אחרים פרט: _____ <input type="radio"/> השקעות תחום השקעה: _____ <input type="radio"/> שכר דירה / נדלן מניב <input type="radio"/> ביטוח לאומי / תגמולי ביטוח <input type="radio"/> אחר: _____ _____ _____ _____ | |
| מהי הכנסתך החודשית ברוטו? <input type="radio"/> עד 25,000 ש"ח <input type="radio"/> בין 25,001 ש"ח עד 50,000 ש"ח <input type="radio"/> בין 50,001 ש"ח עד 100,000 ש"ח <input type="radio"/> 100,001 ש"ח ומעלה | | |
| האם קיימות פוליסות / קופות נוספות בחברה הקשורות אליך? (מלבד פוליסות/קופות הרשומות על שמך) <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____ _____ | | |
| | X | |
| תאריך | שם | חתימה |

טופס בקשת העברה לקופת גמל שאינה קרן פנסיה ואינה קופת ביטוח (עמית-עצמאי או עמית-שכיר)

| |
|----------|
| 69464 |
| מס' סוכן |

| | | | |
|--------------------------|------------------------------------|----------------------|---|
| לכבוד: | שם הגוף המנהל של קופת הגמל המעבירה | שם קופת הגמל המעבירה | מספר אישור מס הכנסה של הקופה המעבירה ככל שאינה קופת ביטוח |
| | | | |
| הנדון: בקשה להעברת כספים | הפניקס השתלמות | 399 | מספר אישור מס הכנסה של הקופה המקבלת ככל שאינה קופת ביטוח |
| | שם קופת הגמל המקבלת | | |

מצ"ב בקשתו של העמית להעברת כספים מחשבונו אצלכם, כמפורט להלן. בהמשך לבקשה, אנו מתחייבים בזאת בהתחייבות בלתי חוזרת לקבל את כספי העמית. לכל מונח במסמך זה תהא המשמעות הנודעת לו בתקנות, אלא אם כן נקבע בו במפורש אחרת.

| | | | | | |
|-------------------------------|----------|------|-------|----------------------------|-------------------------------|
| פרטי העמית בקופת הגמל המעבירה | | | | <input type="radio"/> פעיל | <input type="radio"/> לא פעיל |
| שם פרטי | שם משפחה | ת.ז. | כתובת | | |

1. בקשת העברה - יש לסמן ב-x את האפשרויות המבוקשות

| | |
|--|---------------------|
| <p><input checked="" type="radio"/> מלוא הכספים (ברירת מחדל)</p> <p><input type="radio"/> סכום של _____ ש"ח מתוך הסכומים שנצברו לזכותי בחשבוני בקופת הגמל</p> <p><input type="radio"/> שיעור של _____% מתוך הסכומים שנצברו לזכותי בחשבוני בקופת הגמל</p> <p><input type="radio"/> סכום הכספים שהופקדו בחשבון עד יום: _____ החל מיום: _____</p> | אני מבקש להעביר את: |
| <p><input checked="" type="radio"/> בכל מרכיבי החשבון (ברירת מחדל)</p> <p><input type="radio"/> במרכיב התגמולים <input type="radio"/> במרכיב הפיצויים: _____</p> | שנצברו לזכותי: |
| <p><input checked="" type="radio"/> כל מסלולי ההשקעה (ברירת מחדל)</p> <p><input type="radio"/> שם המסלולים: _____</p> | במסלול ההשקעה: |

לידיעתך, ברירת המחדל להעברת הכספים, במידה שלא ציינת את סך היתרה שתועבר לקופה המקבלת, מרכיבי החשבון שמהם יועברו הכספים או את מסלולי ההשקעה שמהם תרצה להעביר את הכספים, היא העברת מלוא הכספים שנצברו בחשבוןך בקופה המעבירה, בכל מרכיבי החשבון ובכל מסלולי ההשקעה.

| | |
|---|-----------------------------------|
| בחשבון מספר - מספר חשבון בקופת הגמל המעבירה | בקופת הגמל - שם קופת הגמל המעבירה |
| בהתאם לסוג קופות הגמל שהיו בחשבוני בקופה המעבירה. | |
| לחשבון מספר - מספר חשבון בקופת הגמל המקבלת | לקופת הגמל - שם קופת הגמל המקבלת |
| הפניקס השתלמות | |

סמן ב- ✓

☐ קופת גמל לתגמולים שאינה קופת ביטוח ☐ קופת גמל אישית לפיצויים שאינה קופת ביטוח ☒ קרן השתלמות ☐ קופת גמל לחיסכון ☐ קופת גמל להשקעה ☐ אחר _____

2. אני נותן בזה את הסכמתי לכך שתמסרו את כל הפרטים, הנתונים והמסמכים שיש לכם לגביי, ונדרשים לפי הוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר בהתאם לסעיף 23 (ד) לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ה - 2005, **להפניקס פנסיה וגמל בע"מ.**

3. ידוע לי כי החל במועד הקובע ואילך תהיו פטורים מלשלם לי כל תשלום שהוא, לרבות בשל חבות ביטוחית, הנובע מהכספים שהועברו לקופת הגמל המקבלת.

4. אני מצהיר, כי למיטב ידיעתי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו מתקיימים כל התנאים המפורטים להלן:

(1) לא קיים צו עיקול על חשבוני בקופת הגמל המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל;

(2) לא קיים שעבוד שנעשה כדין על חשבוני בקופת הגמל המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל;

(3) לא קיימת בחשבוני בקופת הגמל המעבירה יתרת חוב בשל הלוואה שטרם נפרעה במלואה;

(4) לא התחלתי לקבל קצבת זקנה מקופת הגמל המעבירה בגין הסכום להעברה;

(5) לא הגשתי בקשה לקבלת קצבת נכות מקופת הגמל המעבירה שעודה תלויה ועומדת ולא אושרה זכאותי לקבלת קצבת נכות מקופת הגמל המעבירה שטרם פקעה;

ידוע לי כי ככל שמתקיימים לגביי במועד חתימתי על בקשת העברה זו ועד למועד ההעברה אחד מהתנאים האמורים, תבוטל בקשת ההעברה ולא תבוצע העברת כספים להפניקס פנסיה וגמל בע"מ.

5. לגבי עמית פעיל בלבד:

ידוע לי כי בקשתי האמורה מותנית בכך שלא יחלפו למעלה מ-120 יום ממועד חתימת העמית על הבקשה ועד למועד שבו יופקדו בשלי לראשונה בקופת הגמל המקבלת כספים, אלא אם כן אודיע להפניקס פנסיה וגמל בע"מ כי לא יופקדו בשלי כספים בהפניקס פנסיה וגמל בע"מ. כמו כן ידוע לי כי אם אודיע כאמור, איחשב לעניין המועד הקובע כעמית לא פעיל.

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> אני מבקש כבר עכשיו להודיע כי לא יופקדו בשלי כספים להפניקס פנסיה וגמל בע"מ. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ולגבי עמית נתון לאפוטרופסות | <input checked="" type="checkbox"/> |
| שם האפוטרופוס וחתימתו | | חתימת העמית |

6. חתימתי על בקשה זו נעשית לאחר שקראתי אותה בעיון ותוכנה הוסבר לי היטב, ולאחר ששקלתי את האמור בה וגמרתי אומר להתחייב בה.

לידיעתך, בקשת העברה זו ניתנת לביטול ובלבד שהכספים טרם הועברו. ביטול ייעשה על-ידי חתימה על טופס הודעת ביטול והעברתו לקופה המעבירה (הקופה ממנה מועברים הכספים). העברת הטופס אפשרית, בין היתר, בפקס, בדואר או בדוא"ל.

| | | | |
|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------|----------------|
| ולראיה באתי על החתום, היום | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| חתימת העמית | | | תאריך |
| לגבי עמית נתון לאפוטרופסות | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| חתימת אפוטרופוס 2 | שם אפוטרופוס 2 | חתימת אפוטרופוס 1 | שם אפוטרופוס 1 |

נספחים

| פירוט נתונים נוסף: | | | |
|--------------------|----------------|-----------------|---------|
| אחוזי הפרשה | | | |
| שכר | תגמולים – עובד | תגמולים – מעביד | פיצויים |
| | | | |
| תאריך הנפקת ת.ז | | | |
| | | | |