

**From:** <EstyK@fnx.co.il>  
**Sent:** Tuesday, January 18, 2022 10:31 AM  
**To:** Nituv\_Mismahim\_Hfaka\_Test@Phoenix.co.il  
**Subject:** פנסיה 22

הוראת תשלום -702



**הפניקס ביטוח, השקעות ופיננסים**  
דרך השלום 53, גבעתיים  
[www.fnx.co.il](http://www.fnx.co.il)

**אסתי קיטיי**  
**בודקת תוכנה מנוסה**  
**חטיבת טכנולוגיות מערכות מידע וחדשנות**  
**מייל:** [estyk@fnx.co.il](mailto:estyk@fnx.co.il)  
**טלפון:** 2921  
**נייד:** 055-688-7686

שגיא	גולדפריד	039578273	מס' פוליסה / הצעה	מס' קולקטיב
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מס' פוליסה / הצעה	מס' קולקטיב

**הצהרת משלם חריג - יש לצרף צילום תז של מורשה חתימה**

שם פרטי		שם משפחה		זיקה		שם העסק		ת.ז. <input type="radio"/> פ.ח. <input type="radio"/> ע.מ. (יש לסמן)	
שם רחוב (כתובת)		מספר בית		ישוב		מיקוד			
אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים הכלולים בהצהרה זו. ועל כך שהתשלום/תשלומים הנ"ל יבוצעו עבור המבוטח/ים הרשומים מעלה. וכי כל תשלום אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה ובקשר אליה. יבוצע לפקודת בעל הפוליסה/המבוטח (בהתאם למקרה) בלבד. ידוע לי כי אישור המס יירשם לטובת בעל הפוליסה/המבוטח ולא לטובת הגורם המשלם.									
18/08/2021									
תאריך		חתימת משלם חריג		שם מלא של המשלם					

**הוראה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי/הוראת קבע (בביטוח בלבד)**
**תשלום באמצעות כרטיס אשראי**

18/08/2021		○ ויזה כ.א.ל   ○ ישראלכארט   ○ לאומי קארד   ○ דיינרס   ○ אמריקן אקספרס   ○ אחר			
תאריך					
<div>18/08/2021</div> <div>חתימת בעל הכרטיס</div>	<div>X</div>	מס' כרטיס האשראי			
		תוקף			
		039578273			
מס' ת.ז.		שם פרטי של בעל הכרטיס		שם משפחה של בעל הכרטיס	
הוראה לחיוב החשבון באמצעות כרטיס אשראי ניתן לעדכן בפוליסות ביטוח חיים ריסק / אובדן כושר עבודה וכיסויים נוספים בלבד.					

**בקשה להקמת הרשאה לחיוב - המועד המבוקש 1 לחודש ● 10 לחודש\* (סמן אחת מהאפשרויות אחרת יקבע ה-10 לחודש)**

\*לתשומת ליבך, יום הגבייה בחודש הראשון עשוי להיות שונה מיום הגבייה המבוקש. כמו כן, הפניקס שומרת לעצמה את הזכות לגבות את הוראת הקבע בתאריך חלופי ואף לשנות את המועד הקבוע של גביית הוראת הקבע למועד אחר.

בנק	מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
סניף	קוד מוסד (המוטב)	שם המוסד (המוטב)	אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	6   1   1
("הבנק")				

○ הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.  
 או -  
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות:  
 ○ תקרת סכום החיוב: ש"ח.  
 ○ מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום \_\_\_\_.  
**לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.**

1	אני/אנו הח"מ _____ שגיא גולדפריד _____ מס' זהות 039578273 _____ ח.פ. _____ ("הלקוח/ות")
2	<b>שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק</b> מבקש/ים בזה להקים בחשבונו/נו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוני/נו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו). כמו כן, יחולו ההוראות הבאות: א. עלי/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון. ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב ממני/מתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין. ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידי/נו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול. ד. אהיה/נהיה רשאי/ם לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו. ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שביני/נו לבין המוטב. ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה. ז. אם תענו לבקשתי/נו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שביני/נו לבין הבנק. ח. הבנק רשאי להוציא/ני מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
3	<b>פרטי ההרשאה</b> סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס" על פי תנאי הפוליסות ו/או תנאי התקנונים של הקרנות ו/או הקופות כפי שיהיו מעת לעת. אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, דבר העלול לגרום להפסקת הכיסוי הביטוחי על כל המשמעויות הכרוכות בכך. אני/אנו מסכים/ים שבבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
	18/08/2021 חתימת הבנק חתימת בעל החשבון

**אישור הסוכן/ת**

הנני מאשר/ת בזה כי ביום 18/08/2021 הופיע בפני הלקוח _____ שגיא גולדפריד _____ אשר זיהה עצמו באמצעות תעודת זהות או רישיון נהיגה מס' 039578273 _____, ואחרי שבדקתי כי הינו בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק, חתם על מסמך זה בפני.	18/08/2021	הוד לוגשי	37817	חתימה + חותמת סוכנות
תאריך	שם הסוכן/הסוכנת	מס' הסוכן/הסוכנת	חתימה	

\*ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכנת, יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות של הלקוח.

**הפניקס חברה לביטוח בע"מ** | טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

## טופס הצטרפות לקרן פנסיה

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (\*)

פרטי החברה המנהלת	הפניקס פנסיה מקיפה	הפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ
שם החברה המנהלת*	שם קרן הפנסיה*	קוד קרן הפנסיה

פרטי העמית	טליה מנואל	פסקואל	322778937	20/06/2000	נ	נ	רוק <input checked="" type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> ידוע בציבור <input type="radio"/>
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין*	מצב משפחתי	
עפולה			לשם	4			
ישוב*	ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד		
לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שצינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס							
Talyapas@shlomi.ort.org.il			0544374010			שכיר <input checked="" type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/> שכיר בעל שליטה <input type="radio"/> עצמאי באמצעות מעסיק <input type="radio"/>	
כתובת דוא"ל לקבלת הודעות ומסמכים		טלפון נייד	טלפון קווי	מעמד*			

פרטי בן/בת זוג	שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות / דרכון	תאריך לידה	מין
					נ <input type="radio"/> ז <input type="radio"/>

פרטי ילדים עד גיל 21	שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות / דרכון	תאריך לידה	מין
					נ <input type="radio"/> ז <input type="radio"/>
					נ <input type="radio"/> ז <input type="radio"/>
					נ <input type="radio"/> ז <input type="radio"/>

פרטי המעסיק	משטרת ישראל	כתובת המעסיק	ח.פ.עוסק מורשה	מספר טלפון*
				039485968
שם המעסיק*				

מסלול ביטוח בקרן	שם מסלול הביטוח	גיל הפרישה במסלול
<input checked="" type="radio"/> מסלול ביטוח 75% לנכות ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) (10)	60 <input type="radio"/> 62 <input type="radio"/> 64 <input type="radio"/> 67 <input checked="" type="radio"/>	
<input type="radio"/> מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 47 ומעלה) (11)	60 <input type="radio"/> 62 <input type="radio"/> 64 <input type="radio"/> 67 <input type="radio"/>	
<input type="radio"/> מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) (12)	60 <input type="radio"/> 62 <input type="radio"/> 64 <input type="radio"/> 67 <input type="radio"/>	
<input type="radio"/> מסלול ביטוח 75% לנכות ו- 40% לשאירים (13)	60 <input type="radio"/> 62 <input type="radio"/> 64 <input type="radio"/> 67 <input type="radio"/>	
<input type="radio"/> מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 45 ומעלה) (14)	60 <input type="radio"/> 62 <input type="radio"/> 64 <input type="radio"/> 67 <input type="radio"/>	
<input type="radio"/> מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו- 40% לשאירים (15)	60 <input type="radio"/> 62 <input type="radio"/> 64 <input type="radio"/> 67 <input type="radio"/>	
<input type="radio"/> מסלול ביטוח לפורשים עד גיל 60, 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 49 ומעלה) (16)	60 <input type="radio"/>	
<input type="radio"/> מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו- 60% לשאירים (17)	60 <input type="radio"/> 62 <input type="radio"/> 64 <input type="radio"/> 67 <input type="radio"/>	

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

מסלולי הביטוח בטופס ההצטרפות חושבו כך ששיעור הפרשה לרכיב לתגמולים יהיו 12.5%. ככל ששיעורי הפרשות לרכיב תגמולי עובד ומעביד אשר מדווחים בגינך נמוכים מ-12.5%, שיעור הכיסוי שיחול עליך יקבע לפי נספח ב' המתאים לגילך עפ"י התקנון.

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי הביטוח המפורטים בטבלה, תבוטח במסלול הביטוח "מסלול ביטוח 75% לנכות ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה)".

- אני מעוניין/ת בהוספה של כיסוי ביטוחי המגדיל את קצבת הנכות שתשולם בשיעור שנתי של 2% (קצבת נכות מתפתחת).
- אני מבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לקבלת נכות כפולה בחודשיים הראשונים (פרנצ'יזה).
- אני מעוניין לוותר על הכיסוי לביטול תקופת אכשרה בתום תקופת הוויטור (ברות ביטוח).
- ויתור על כיסוי ביטוחי למקרה מוות (עמית שגילו עד 60) - 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 וינכדו דמי ביטוח מחשבוני, אלא אם אודיע לחברה בכתב כי אני מעוניין/ת להמיר שיר ולוותר על כיסוי ביטוחי זה.

שים לב! בן/בת זוג הוא מי שנשוי לעמית או מי שידוע בציבור כבן / בת זוג של העמית ומתגורר עמו.

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

\* "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 ו/או הפניקס ביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם של 50% או יותר.

מסלול השקעה בקרן

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

רכיב תגמולים

מ"ה באוצר	קוד מסלול פנימי	שם מסלול השקעה	שיעור מתוך סכום ההפקדה
	9999	מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית-מסלול ברירת מחדל	100
9974	50	מסלול לבני 50 ומטה	
9975	150	מסלול לבני 50 עד 60	
9976	250	מסלול לבני 60 ומעלה	
2187	60	הפניקס מסלול מניות	
2189	62	מסלול מתמחה שקלי טווח קצר	
9984	64	מסלול הלכה	
13335	52	מחקה מדד S&P500	
9979	53	הפניקס מסלול פאסיבי - מדדי אג"ח חו"ל	
2188	61	הפניקס מסלול אג"ח	
9980	63	הפניקס מסלול אג"ח עד 25% מניות	
	8888	מסלול השקעות פאסיבי המשתנה ומותאם לפי גיל העמית	
12116	244	מסלול פאסיבי לבני 50 ומטה	
12117	245	מסלול פאסיבי לבני 50 עד 60	
12118	246	מסלול פאסיבי לבני 60 ומעלה	

רכיב פיצויים

מ"ה באוצר	קוד מסלול פנימי	שם מסלול השקעה	שיעור מתוך סכום ההפקדה
	9999	מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית-מסלול ברירת מחדל	100
9974	50	מסלול לבני 50 ומטה	
9975	150	מסלול לבני 50 עד 60	
9976	250	מסלול לבני 60 ומעלה	
2187	60	הפניקס מסלול מניות	
2189	62	מסלול מתמחה שקלי טווח קצר	
9984	64	מסלול הלכה	
13335	52	מחקה מדד S&P500	
9979	53	הפניקס מסלול פאסיבי - מדדי אג"ח חו"ל	
2188	61	הפניקס מסלול אג"ח	
9980	63	הפניקס מסלול אג"ח עד 25% מניות	
	8888	מסלול השקעות פאסיבי המשתנה ומותאם לפי גיל העמית	
12116	244	מסלול פאסיבי לבני 50 ומטה	
12117	245	מסלול פאסיבי לבני 50 עד 60	
12118	246	מסלול פאסיבי לבני 60 ומעלה	

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 פיצויים תבוא במקום פיצויי פיטורים לפי חוק פיצויי פיטורים, בחירה במסלול השקעה לכספי פיצויים השונה ממסלול ברירת המחדל בקרן תותנה בקבלת אישור המעסיק.

דמי ניהול בקרן הפנסיה		
<input type="radio"/> דמי ניהול משתנים בהתאם לצבירה האישית על פי מסמך מצורף (פורמט 3487)	0.150 %	שיעור דמי ניהול מצבירה (שנתי)
	1.500 %	שיעור דמי ניהול מהפקדה (חודשי)

עמית עצמאי	
לגבי עמית עצמאי בלבד - שיעור התגמולים הקובע ואופן חישוב ההכנסה הקובעת יהיו כדלקמן:	
<input type="radio"/> 16% (ברירת מחדל)	<input type="radio"/> אחר: _____
<b>שים לב!</b> בחירה השונה משיעור ברירת המחדל של הקרן מותנה בהצגת אסמכתה שלפיה דמי הגמולים מההכנסה המבוטחת חושבו לפי שיעור שונה.	

פרטי תשלום של עמית עצמאי		
ש"ח	תאריך תחילת גבייה	סכום הפקדה
	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:	
<input type="radio"/> אני עמית פעיל בקרן פנסיה וותיקה.	
<input type="radio"/> אני מבוטח פעיל בקופת ביטוח (ביטוח מנהלים).	

אישורים	
ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את 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 קופת הפנסיה שלי, לרבות עיבוד מידע הקיים במערכות החברה והכל בכפוף להוראות הדין.	
<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: Infom@fnx.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 checked="" type="radio"/> אמצעי דיגיטלי	<input type="radio"/> דואר
לידיעתך! אם לא תבחר באחת מהאפשרויות המפורטות, יישלחו אליך מסמכים והודעות כפי שנקבע בהוראות הדין.	
26/07/2021 חתימה	<input checked="" type="checkbox"/>

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

פרטי בעל רישיון			
סתי' כהן	58605	301882031	סתי' כהן
שם סוכנות	מס' סוכן בחברה	מס' בעל רישיון	שם משפחה
			שם פרטי

רשימת מסמכים מצורפים			
<input type="radio"/> הצהרת בריאות (בכפוף לשיקול הדעת של החברה המנהלת)			
<input type="radio"/> ייפוי כח - בהתאם להוראות הממונה			
<input type="radio"/> מסמך הנמקה בהתאם להוראות הממונה			
<input type="radio"/> טופס הוראה לחיוב חשבון - עצמאי (רשות)			
<input type="radio"/> הוראה להפקדה חד פעמית - עצמאי (רשות)			
<input type="radio"/> כתב מינוי אפוסטרופוס - (חובה ככל שאפוסטרופוס מעורב בתהליך)			
<input type="radio"/> טופס בקשה להעברת כספים - בהתאם להוראות הממונה (רשות)			
<input type="radio"/> תעודת זהות (במקרה של ויתור על כיסוי ביטוחי)			
<input type="radio"/> טופס הצהרת עמית עצמאי לפי צו איסור הלבנת הון (ככל שנדרש)			
<input type="radio"/> בקשה לסיווג התשלומים כתשלומים פטורים (רשות)			
26/07/2021	<input checked="" type="checkbox"/>	26/07/2021	תאריך חתימה
חתימת העמית*	<input checked="" type="checkbox"/>	26/07/2021	תאריך חתימה
חתימת בעל רישיון	<input checked="" type="checkbox"/>	26/07/2021	תאריך חתימה
חתימת אפוסטרופוס	<input checked="" type="checkbox"/>	26/07/2021	תאריך חתימה

## איך תדאגי/י לפנסיה שלך?

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

### 1. ביטוח בקן הפנסיה

**קן 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 מקרן הפנסיה קצבה חודשית לתקופת הנכות.
- ביטוח למקרה מוות** - אם תלך/תלכי לעולמך חס וחלילה בן/בת הזוג שלך יקבל קצבה חודשית מהקרן לכל ימי חייו/חייה וילדיך יקבלו קצבה חודשית עד גיל 21.
- תוכלי/י לבחור מסלול ביטוח בקרן המתאים לצרכיך בכל עת באמצעות שליחת בקשה בעניין לקרן.
- אם אין לך בת/בן זוג וילדים, באפשרותך לוותר על כיסוי ביטוחי למקרה מוות. שים/שימי לב, עליך לחזור וליידע את הקרן כל שנתיים שלא חל שינוי במצבך, כדי שלא יגבו ממך את עלות הביטוח מחדש.
- בחמש השנים הראשונות בקרן פנסיה לא תקבלי/י פיצוי אם מקרה הביטוח נובע ממחלה שהייתה לך לפני שהצטרפת לקרן פנסיה.

- שים/שימי לב !**
- באפשרותך לשמור על הכיסוי הביטוחי מקרנות קודמות שצברת לאורך תקופת החיסכון ולהזיל את עלויות הביטוח באמצעות העברת הכספים לקרן החדשה שלך.
  - הפסקת הפקדות לקרן 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 בקרן פנסיה

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

- שים/שימי לב !** משיכת פיצויים עלולה להקטין את הקצבה החודשית שלך בכ-40%.

### 3. דמי ניהול בקרן פנסיה

- עבור ניהול כספי החיסכון שלך תשלם דמי ניהול לקרן הפנסיה.
- להלן דמי הניהול הממוצעים הנגבים מעמיתים בקרן "הפניקס פנסיה מקיפה":

דמי ניהול ממוצעים בקרן בשנת 2018	מסך החיסכון	מההפקדה החודשית
	0.27%	2.86%

- שים/שימי לב !** שיעור דמי הניהול משפיע על גובה החיסכון שיעמוד לרשותך בגיל פרישה.

# הרשאה מתמשכת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני) (נספח ב)

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

מייפה הכוח (הלקוח):

שם: איתי נדלר מספר זהוי: 3 1 9 0 2 3 7 8 4

כתובת: גרונמן 20 תל אביב-יפו 6997228

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

שם (יחיד / תאגיד): זאב נוי רישיון מס': 0 5 4 0 9 9 7 5 9

אשר הינו: (1) ☐ יועץ פנסיוני (2) ☒ סוכן ביטוח פנסיוני סמן את האפשרות המתאימה.

טלפון: 03-9270708 דוא"ל: zeev@sgy.co.il

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני, ומי מטעמי, לפנות בשמי לגוף מוסדי<sup>2</sup> לשם קבלת מידע<sup>3</sup> אודות מוצרים פנסיוניים<sup>4</sup> ותכניות ביטוח<sup>5</sup>, 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 יפוי הכוח עבור תכניות ביטוח, למידע בלבד. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית.

**1. תחולת ההרשאה – יפוי 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.**

**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 יפוי כוח של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר.**

**2. ביטול הרשאה קודמת – שים לב! 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-5 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-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי

**3. תוקפו של יפוי 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, יפוי הכוח יאפשר לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני לקבל עליהן מידע בלבד, ולא יבטל יפוי 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 יפוי כוח של סוכן ביטוח קודם לביצוע פעולות.

**ולראיה באתי על החתום:**

09/08/2021	אורן גולובינסקי	09/08/2021	
תאריך החתימה	שם סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני בפניו חתם הלקוח	תאריך החתימה	חתימת הלקוח

- מי מטעמי** – 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.
- גוף מוסדי** – כל אחד מאלה: חברה ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.
- 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 ויחידות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנודרש.
- מוצר פנסיוני** – מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31(ז)(2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.
- תכנית ביטוח** – תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.

# 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: \_\_\_\_\_ איתי נדלר מספר זיהוי: \_\_\_\_\_

4 8 7 3 2 0 9 1 3

ניתן להחריג מייפוי הכוח שיינתן לסוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני סוגים של מוצרים באמצעות סעיף (1) **א** להחריג את קבלת המידע וביצוע הפעולות או את ביצוע הפעולות עבור מוצרים מסוימים באמצעות סעיף (2).

1. להלן פירוט סוגי המוצרים הפנסיוניים המוחרגים מייפוי הכוח:

☐ קרן פנסיה; ☐ קופת גמל<sup>2</sup>; ☐ ביטוח פנסיוני<sup>3</sup> (ביטוח מנהלים); ☐ קרן השתלמות<sup>4</sup>; ☐ תכנית ביטוח<sup>5</sup>

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:

09/08/2021	אורן גולובינסקי	09/08/2021	
תאריך החתימה	שם סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני בפניו חתם הלקוח	תאריך החתימה	חתימת הלקוח

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.