

מסמך הנמקה לגוף המוסדי

לכבוד: סמדר דבח ת.ז. 029603289

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 הנותנים מענה דומה, למשל: קופת גמל, קרן פנסיה, ביטוח מנהלים. חשוב שתקרא את עמודת "ההמלצה" ואת שורת "השיקולים העיקריים במתן ההמלצה" - בה מופיע הנימוק להמלצה.

המלצה	סוג מוצר	שם הגוף המוסדי	שם המוצר הפנסיוני ומספרו (מספר פוליסה ו/או מספר אישור מס הכנסה)	השם המסחרי של מסלול ההשקעה ומספרו	הבטחת תשואה (כן/לא) אם כן, תפוצת הבטחת תשואה	תשואה שנתית ממוצעת 12/24/36 חודשים (ברוטו ב-%)	דמי ניהול מההפקדה (%)	דמי ניהול מסך החיסכון (%)	רמת הסיכון של מסלול ההשקעה: נמוך/ בינוני/ גבוה	יתרת חסכון מצטבר	סכום צפוי (קצבה חודשית או סכום חד פעמי ב-ש"ח)
ללא שינוי 1	פוליסה	הפניקס חברה לביטוח	הפניקס-קרן י' מ.ה-7012 מניב משתתף פוליסות וותיקות (טרם 2004 מספר חשבון: 0223706011	הפניקס-קרן י' מ.ה-7012	לא	הפניקס-קרן י' 36 חודשים: 9.27	קיימים	0.6% + 15% מהרווח הריאלי	מ.ה 7012 בינונית.	3,490	גיל פרישה 65 חיסכון לקצבה ללא הפקדות: 5,579 קצבה חודשית ללא הפקדות 30
השיקולים העיקריים במתן ההמלצה:	*בהתאם לחוזר "מסמך ההנמקה" סעיף 7 א. 3 הפירוט של השיקולים העיקריים במתן ההמלצה (סעיף זה) אינו יימסר לגוף המוסדי. מידע זה קיים במסמך ההנמקה המיועד ללקוח ולבעל הרישיון בלבד.										

2 הכיסויים הביטוחיים המומלצים עבורך

למה? טבלה זו מרכזת את הכיסויים הביטוחיים שיש ברשותך או שהומלצו לך בייעוץ 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.

המלצה	שם המוצר	שם הגוף המוסדי	סוג הכיסוי הביטוחי/ מסלול הביטוח	סכום הכיסוי הביטוחי (חודשי או חד -פעמי)	עלות חודשית	כלול במוצר הפנסיוני (כן/לא)
ללא שינוי 1	מניב משתתף פוליסות וותיקות (טרם 2004) מספר חשבון: 0223706011	הפניקס חברה לביטוח	מניב משתתף ביטוח יסודי מניב משתתף פידיון חד פעמי 3,490	ביטוח יסודי מניב משתתף סכום 3,490 ₪ חד פעמי ערכי פידיון במקרה פטירה		כן
השיקולים העיקריים במתן ההמלצה:	*בהתאם לחוזר "מסמך ההנמקה" סעיף 7 א. 3 הפירוט של השיקולים העיקריים במתן ההמלצה (סעיף זה) אינו יימסר לגוף המוסדי. מידע זה קיים במסמך ההנמקה המיועד ללקוח ולבעל הרישיון בלבד.					

חלק ג - הכר את הסוכן ביטוח פנסיוני

1 פרטי הסוכן ביטוח פנסיוני

שם מלא: משאבים סוכנות לביטוח בע"מ - אלעד שמעוני

מספר רישיון סוכן ביטוח פנסיוני: 038049227

מספר טלפון:

כתובת מייל: fax2mail@ezfind-sherut.zendesk.com כתובת:

האם פועל במסגרת חברה? כן

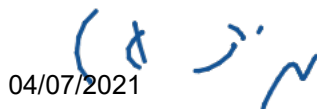
אם כן, שם חברה: ח.פ חברה: 515687606

חלק ה - הצהרת הלקוח

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

04/07/2021 

חתימת הלקוח: סמדר דבח _____ תאריך: 04/07/2021

04/07/2021 

חתימת הסוכן ביטוח פנסיוני: משאבים סוכנות לביטוח בע"מ - אלעד שמעוני _____

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 המוחרגים במפורש, ומבטלת כל ייפוי כוח של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר (✓ צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

מייפה הכוח (הלקוח):

029603289

מספר זיהוי

סמדר דבח

שם:

אלבז נתן 15/30 אשדוד 77538

כתובת:

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

515687606

רישיון מסי

משאבים סוכנות לביטוח פנסיוני 2018 בע"מ

שם (יחיד/תאגיד):

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

fax2mail@ezfind-sherut.zendesk.com

מייל

טלפון

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 ויתרות 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-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 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 תכנית 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:

04/07/2021

תאריך החתימה

04/07/2021

חתימת הלקוח

04/07/2021

תאריך החתימה

04/07/2021

חתימת סוכן הביטוח או
היועץ פנסיוני

משאבים סוכנות לביטוח בע"מ -
אלעד שמעוני

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)

הפניקס

לכבוד

(שם הגוף המוסדי), (מספר ח.פ.)

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

029603289

סמדר דב

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.

04/07/2021

ולראיה באתי על החתום:

04/07/2021

תאריך החתימה

חתימת הלקוח

04/07/2021

משאבים סוכנות לביטוח בע"מ - אלעד שמעוני

04/07/2021

תאריך החתימה

חתימת סוכן

הביטוח או היועץ הפנסיוני

שם סוכן הביטוח או היועץ

הפנסיוני בפניו חתם 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(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.

קוד מסמך 1289

נשלח באמצעות:	
<input type="radio"/>	דואר ישראל לכתובתכם
<input type="radio"/>	מייל: f1@fnx.co.il
<input type="radio"/>	פקס: 03-7337986
<input type="radio"/>	שיחה מוקלטת (לשימוש החברה)

לכבוד

הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה")

הנדון: בקשה לפדיון תגמולי שכיר או עצמאי מפוליסת ביטוח חיים

מוגשת לכם בזאת בקשתי שבנדון ("הבקשה"). חתימתי מטה מהווה אישור והצהרה בדבר נכונות הפרטים, ידיעתי והסכמתי לכל שנאמר בבקשה. בחירות בבקשה מסומנות ב- ✓.

הפדיון הינו של תגמולי שכיר <input type="radio"/> או עצמאי (יש למלא שאלון FATCA ו-CRS ותוספת שלישית - ראה עמ' 3-2 לטופס)			
הפדיון יתבצע <input type="radio"/> מכל הפוליסות <input type="radio"/> מפוליסות שמספריהן:			
1	0223706011	2	3

אבקש לפדות את (חובה לציין): <input type="radio"/> התגמולים הפטורים ממס (הסכום הפטור ממס יפדה לאחר שהחברה תבדוק את זכאותי לפטור ממס לאור הצהרותי להלן) <input type="radio"/> כל כספי התגמולים כולל הכספים שאינם פטורים ממס ידוע לי שפדיון זה מהווה "משיכה שלא כדין", ואחויב בתשלום מס כדין.		הנחיות נוספות: <input type="radio"/> פדיון חלקי בסך ש"ח _____ <input type="radio"/> פדיון תגמולים כולל מעסיק נוכחי. * פדיון חלקי בשיעור של 90% ומעלה יחשב כפדיון מלא לענין ביטול הכיסוי הביטוחי בפוליסה
בקשת פדיון תגמולים פטורים ממס תתבסס על העובדות הבאות: <input type="radio"/> מלאו לי 60 שנה <input type="radio"/> הייתי עצמאי <input type="radio"/> מובטל 6 חודשים ומעלה ברצף מתאריך _____ עד _____ <input type="radio"/> יתכן שמגיע לי פטור ממס על הפדיון עקב מיעוט הכנסות. מצורף טופס 159 א' (הטופס נמצא באתר מס הכנסה: https://taxes.gov.il). <input type="radio"/> יש לי פטור ממס שקיבלתי מפקיד השומה והוא מצורף לבקשה		

ידוע לי כי:

- במקרה של פדיון מלוא התגמולים יבטלו הכסויים הביטוחיים בפוליסות הללו שלושה ימים לאחר הגשת הבקשה. אם ארצה לחדשם תהיה החברה רשאית לדרוש ממני הוכחת מצב בריאות, ובעקבותיה לייקר את מחיר הביטוח או אף לסרב לבקשתי לחדשו.
- ביצוע הפדיון יקטין או אף יבטל את הכסוי הביטוחי הקיים בפוליסות הללו, ויפגע בזכויות העתידיות בהן.
- יתרת חוב הלוואה (אם קיימת) תקוזז מן הפדיון שביקשתי.
- אשלם לכם כל תשלום שהייתי חייב לשלמו בהתאם לתנאי הפוליסה, אם הוא לא בוצע עקב הפדיון.

אבקש להפקיד את כספי הפדיון ב <input type="radio"/> חשבוני <input type="radio"/> הנני מאשר העברת הכספים לצד ג' לחשבון על שם _____
פרטי החשבון להעברה: שם הבנק _____ לאומי _____ מס' בנק _____ 10 שם סניף _____ יבנה _____ מס' סניף _____ 939 מס' חשבון _____ 3913483585

ידוע לי ואני מורה לחברה כי לצורך טיפול בבקשתי למשיכת כספים ולטובתי, תפנה החברה לבנק הרלבנטי (להלן: "הבנק") באמצעות מרכז סליקה בנקאי (מס"ב) לאימות כל פרטי חשבון הבנק שמסרתי לחברה, לרבות שם מלא, מס' זיהוי ומס' חשבון, וזאת לצורך בדיקת תקינות פרטי חשבון הבנק שלי ועל מנת לוודא כי הכספים יועברו לחשבוני. הנני מאשר לבנק באמצעות מס"ב להשיב לבקשת האימות לעיל ובכך הנני מוותר על חובת הסודיות שהבנק ו/או החברה חייבים כלפיי תוך ויתור על כל טענה ו/או דרישה כלפי הבנק ו/או מס"ב ו/או החברה בנוגע להליך האימות כאמור. ידוע לי ואני מסכים כי תיעוד הליך האימות יישמר במאגרי החברה. עוד ידוע לי כי הנני רשאי לחזור בי מהסכמתי דלעיל.

מצורפים:

- ☒ צילום קריא של תעודת זהות שלי כולל הספה
- ☒ צילום צ'ק שבו נראים בברור פרטי החשבון, או אישור הבנק על ניהול החשבון. לחשבון זה נא הפקידו את כספי הפדיון
- ☒ שאלון FATCA ו-CRS ותוספת שלישית (יש לצרף בפדיון תגמולי עצמאי)
- ☐ צילום קריא של תעודת זהות של בעל החשבון אליו ביקשתי להפקיד את הפדיון ולציין את הקרבה _____
- ☐ טופס מהמעסיק הכולל הודעת עזיבה (יצורף בפדיון תגמולי שכיר)

חתימתי מהווה אישור והצהרה בדבר נכונות כל האמור בטופס זה. <input type="radio"/> אני המבוטח <input type="radio"/> אני מיופה כוח/אפוטרופוס של המבוטח (מצ"ב יפוי כוח/מינוי אפוטרופוס)				
סמדר	דבח	029603289	04/07/2021	04/07/2021
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימה	תאריך
כתובת (רח' ומספר)	ישוב	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	דואר אלקטרוני

לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס

סוכן יקר, אם המסמכים לא נמסרו על ידך למשרדי החברה באותו יום בו התקבלו אצלך, הרי שעליך למלא טופס "הודעה על מועד קבלת מסמכי המבוטח", המצוי בפורטל הסוכנים, ולהעבירו יחד עם בקשת המבוטח לחברתנו. יובהר כי ככל שלא יתקבל טופס כאמור, תראה החברה את מועד קבלת המסמכים בחברה, כמועד בו נתקבלו אצל הסוכן.

טופס שאלות FATCA ו-CRS

פרטי בעל הפוליסה				
029603289			דבח	סמדר
מס' ת.ז.	כתובת באנגלית	כתובת בעברית	שם משפחה בעברית	שם פרטי בעברית

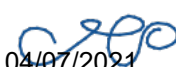
CRS - FATCA		
<p>האם אתה אזרח ארה"ב? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>ארץ לידה: _____</p> <p>*במידה וענית "כן" לאחד מהסעיפים לעיל יש לצרף טופס W-9 ולציין שם פרטי ושם משפחה באנגלית.</p>		
שם פרטי באנגלית	שם משפחה באנגלית	

האם יש לך תושבות לצרכי מס במדינה נוספת מלבד ישראל? ☐ כן ☐ לא

במידה וענית "כן" אנא ציין מדינות תושבות ומספר TIN עבור כל מדינה:

מדינה	מספר TIN
1.	
2.	
3.	

הנני מצהיר בזאת כי הנני משלם מס כדין בכל אחת ממדינות התושבות שצינתי וכי חתמתי על בקשה זו, לרבות ההצהרות שבה, בישראל.
בחתימתי הנני מאשר כי הבנתי את משמעות הצהרותי וכי הנני מסכים לאמור בהן.

 04/07/2021 חתימת בעל הפוליסה	X	04/07/2021	תאריך חתימה
--	---	------------	-------------

טופס הצהרת מוטב למקרה חיים/מוטב למקרה מוות

תוספת שלישית - (סעיף 5 (ד))

מס' הפוליסה/החשבון: 0223706011		שם קופת הגמל: _____	
סמדר דבח		029603289	
אני: _____ (שם המוטב ובתאגיד מוטב - שם התאגיד), בעל מס' זהות: _____			
מצהיר בזה כי:			
<input type="radio"/> אני פועל בשביל עצמי ולא בשביל אחר ואין נהנה זולתי מפעולת קבלת תגמולי הביטוח/משיכת הכספים מהחשבון.			
<input type="radio"/> הנהנים מקבלת תגמולי הביטוח/משיכת הכספים מהחשבון הם:			
שם	מס' זהות ¹	תאריך לידה/התאגדות ²	מען
בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא במקרה שבו המצהיר הוא תאגיד):			
שם	מס' זהות ¹	תאריך לידה	
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 לחוק איסור הלבנת הון, תשע"ז-2017, מהווה עבירה פלילית.			
04/07/2021	X		04/07/2021
תאריך	חתימת		

1. לרבות שם המדינה שבה הוצא מסמך הזהוי.

2. ימולא אם חסר שם או מספר זהות.

מסמך זה ננעל מפני שינויים ע"י חתימה ממוחשבת



רשימת החתמות

תחנה	שם תחנה	שם החותם	דואר אלקטרוני	טלפון נייד	כתובת ממנה נחתם	תאריך חתימה
1	לקוח	סמדר דבח	לא נשלח באמצעות דואר אלקטרוני	0523515767	37.142.172.66	13:31:55 04/07/2021
2	סוכן	משאבים סוכנות לביטוח בע"מ - אלעד שמעוני	fax2mail@ezfind-sherut.zendesk.com	0543217337	199.203.203.237	13:36:41 04/07/2021