

שלום,

מצ"ב בקשה לפדיון.

המבוטח מעוניין למשוך הכל, תגמולים עם ניכוי מס.

לטיפולכם אודה.



טופס זה ימולא ע"י מעביד (1) בשל כל עובד שכיר שפרש מעבודה (גם במקרה של הפסקת עבודה עקב מוות) אם לעובד זכויות למענק (פיצויים), קיצבה או תגמולים בגין עבודתו. חובה למסור את הטופס לפקיד השומה, גם כאשר הישוב הפטור למענק נעשה ע"י המעביד. ההעתק - יימסר לעובד, לשאיריו, או למי מטעמם.

הטופס כתוב בלשון זכר - מתייחס גם לנקבה

לכבוד פקיד שומה

הודעת מעביד⁽¹⁾ על פרישה מעבודה של עובד⁽²⁾

הסכומים יירשמו רק בשקלים שלמים
יש לסמן ✓ ברבוע המתאים

19/01/21

תאריך הגשה

טופס זה: ☒ מקורי ☐ מתקן טופס קודם מתאריך ____ / ____ / ____

הנני להודיעכם כי העובד שלהלן פרש מעבודתו אצלי:

☒ פרישה מוחלטת
☐ פרישה חלקית תוך ☐ שינוי תפקיד ☐ אי שינוי תפקיד

א. פרטי העובד

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	הגנה	כתובת מלאה
2 0 4 5 1 4 6 5 7	היתם	אבו בלאל	05/10/1992	1 באר שבע	0 מיקוד
<input type="checkbox"/> העובד הוא קרוב ⁽³⁾ (יש לציין סוג קרבה) ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> העובד הוא בעל שליטה ⁽⁵⁾					

ב. פרטי המעביד

מספר תיק ניכויים	שם	כתובת מלאה
9 3 2 2 7 8 8 0 7	כוכב לבו שירותי ניהי	הגר"א 32 חולו 5830323

ג. תקופת העבודה

תאריך התחלת העבודה ⁽⁶⁾	תאריך הפרישה ⁽⁷⁾	תקופת העבודה ⁽⁸⁾
0 1 1 2 2 0 1 8	3 0 0 6 2 0 2 0	1 5 8 4
שנה חודש יום	שנה חודש יום	חלקי שנים בשנים

ד. סיבת הפרישה (סמן אחת האפשרויות)

1 <input checked="" type="checkbox"/> יציאה לגימלאות, פיטורין או התפטרות מכל סיבה שהיא
2 <input type="checkbox"/> מוות

ה. הגעת העובד לגיל פרישה⁽⁹⁾

1 <input type="checkbox"/> העובד הגיע ל"גיל פרישה" לפי חוק "גיל פרישה" ⁽¹⁰⁾
2 <input type="checkbox"/> נקבעה לעובד דרגת נכות יציבה של 75% לפחות ⁽¹¹⁾
3 <input checked="" type="checkbox"/> העובד לא הגיע ל"גיל פרישה" ⁽¹²⁾

ו. משכורת חודשית⁽¹³⁾ אחרונה לפני הפרישה⁽¹⁴⁾ יש להתחיל למלא מימין.

4 6 6 0 - 0

4 6 6 0 0

ז. תקופות עבודה לא רציפות / שינויים בשיעורי משרה / הפחתות שכר⁽¹⁵⁾

תאריך התחלה	תאריך סיום	שיעור המשרה	משכורת אחרונה	תאריך התחלה	תאריך סיום	שיעור המשרה	משכורת אחרונה
שנה חודש יום	שנה חודש יום	ב - %	לתקופה ⁽¹⁶⁾	שנה חודש יום	שנה חודש יום	ב - %	לתקופה ⁽¹⁶⁾

ח. פירוט תשלומים בגין פרישה וסכומים/זכויות שנצברו לעובד בגין תקופת העבודה (17)

0	שם המשלם (18)	מספר תיק הניכויים (19)	קוד סוג המשלם (20)	קוד סוג התשלום (21)	התקופה בגינה שולם התשלום או נצברה הזכות (22)	תאריך סיום	תאריך התחלה	צבירה נוספת (26)
	הפנ'קס	935217323			הסכום ששולם או שנצבר ליום הפרישה (23)	2952-	מספר חשבון/פוליסה (25)	מספר חשבון/פוליסה (25)
0	שם המשלם (18)	מספר תיק הניכויים (19)	קוד סוג המשלם (20)	קוד סוג התשלום (21)	התקופה בגינה שולם התשלום או נצברה הזכות (22)	תאריך סיום	תאריך התחלה	צבירה נוספת (26)
					הסכום ששולם או שנצבר ליום הפרישה (23)		מספר חשבון/פוליסה (25)	מספר חשבון/פוליסה (25)
0	שם המשלם (18)	מספר תיק הניכויים (19)	קוד סוג המשלם (20)	קוד סוג התשלום (21)	התקופה בגינה שולם התשלום או נצברה הזכות (22)	תאריך סיום	תאריך התחלה	צבירה נוספת (26)
					הסכום ששולם או שנצבר ליום הפרישה (23)		מספר חשבון/פוליסה (25)	מספר חשבון/פוליסה (25)

ט. תשלום מענק לשיעורין

שנה	חודש	יום	תאריך התשלום	הסכום בשי"ח

י. רכישת זכויות קיצבה לעובד ע"י המעביד בסמוך או לאחר הפרישה

☒ לא נרכשו ולא יירכשו על ידי זכויות קיצבה לעובד בסמוך או לאחר הפרישה

☐ שילמתי/אשלם עבור זכויות קיצבה לעובד בסמוך לפרישה סך של _____ ש"ח בתאריך _____ לקופה _____

☐ אשלם עבור זכויות קיצבה לעובד, לאחר הפרישה, תשלום חודשי של _____ ש"ח למשך תקופה של _____ לקופה _____

יא. חישוב סכום המענק הפטור/החייב (27)

המעביד רשאי לחשב בעצמו את סכום המענק הפטור ולקבוע את סכומי הניכוי במקור רק בהתאם לתנאים שניקבעו ע"י המנהל (27)

0	4,660	1. סכום המשכורת הקובעת לפטור (28)
0	2,952-	2. סה"כ מענק המשולם בעת הפרישה (29)
0		3. סכום המענק הפטור ממס על פי סעיף 9(א7) לפקודה (30)
0		4. סכום המענק החייב במס
0		5. מסכום המענק החייב במס ניכיתי מס בשיעור 0.00% בסך _____ שהועבר לפקיד השומה בתאריך _____
0		6. הודעתי לקופה _____ כי עליה לנכות מס בשיעור 0.00% בסך _____
0		7. הודעתי לקופה _____ כי העובד ביקש לייעד מכספי המענק לתשלום קצבה בעתיד (רציף קיצבה) (31) סך של _____

יב. הצהרת מעביד

אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בטופס זה, על כל חלקיו, הם מלאים ונכונים וכי ידועים לי העונשים הקבועים בחוק בגין השמטת פרטים או מסירת פרטים שאינם נכונים.

תאריך: 19/01/2021 שם מלא: חתומה תפקיד: חתומה חותמת: 515240323

מוכח לבן שירותי ניקיון ואחזקה בע"מ

העתק: ☐ העובד ☐ שם מלא ☐ כתובת ☐ בא כוח ☐ שם מלא ☐ כתובת

תאריך: 25/11/2020

אישור ניהול חשבון - אישור בעלות

בנק: 12 סניף: 486 חשבון: 47911 אבו בלאל היתם

לכבוד:

שם	מספר מזהה
אבו בלאל היתם	204514657

בהתאם לבקשתך/בקשתכם הרינו מאשרים בזה כי הנך/הנכם מנהל/מנהלים אצלנו חשבון
עובר ושב מספר 47911 בסניף 486 מתאריך 06/03/2011

בכבוד רב,
בנק הפועלים

בנק הפועלים בע"מ
סניף 486 רהט
מזכיר כלכלי

חתימה וחותמת הבנק

בקשה לפידיון

לכבוד הפניקס פנסיה וגמל בע"מ/הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה")

הנני מבקש בזאת למשוך כספים מאחד או יותר מהמוצרים שלהלן:
☒ הפניקס פנסיה מקיפה ☐ הפניקס פנסיה משלימה ☐ קרן הפנסיה הוותיקה עמית יסוד

1. פרטי בעל הפוליסה / המבוטח / המוטב למקרה חיים / העמית

הגנה 1 באר שבע	2 0 4 5 1 4 6 5 7	היתם אבו בלאל
כתובת	ת.ז.	שם משפחה
דואר אלקטרוני	נייד	שם פרטי
		054-7462457
		טלפון
האם הנך מעוניין לעדכן את כתובתך עפ"י הרשום לעיל? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		

FATCA (יש למלא בבקשה לפידיון כספי חסכון פרט בלבד)

מסמך זה נחתם דיגיטלית
19/01/2021 10:00:11

19/01/2021	תאריך חתימה	שם פרטי באנגלית	שם משפחה באנגלית
חתימת בעל הפוליסה / המבוטח / המוטב למקרה חיים / העמית			

העברת הטופס ישירות לחברה, הינה תנאי מקדים לביצוע הבקשה בהתאם לתנאי הפוליסה.

2. סוג המשיכה

☒ פדיון כספי הפיצויים החייבים בניכוי מס כחוק
☐ פדיון חלקי בסך
☐ פדיון פיצויים ממעסיק
☐ פדיון תגמולים לשכירים/עצמאיים (כספים כפופים לתקנות קופות הגמל)
☐ כל הפוליסות ☐ פוליסות מס'
☒ פדיון מלא ☐ פדיון חלקי* בסך
☐ פדיון עקב מיעוט הכנסות (יש לצרף טופס 159 א')

* בביטוח חיים פדיון חלקי בשיעור של 90% ומעלה מערך הפדיון יחשב כפדיון מלא לענין ביטול הכיסוי הביטוחי בפוליסה.
 ** במשיכת תגמולים לשכירים מתקופת עבודה בה כספי הפיצויים כפופים לסעיף 14 (נעזבה ללא זכאות לפיצויים), יש לחתום על ההצהרה בסעיף 6.
 לתשומת לבך! הכספים הנ"ל ניתנים למשיכה ללא תשלום מס, בכפוף לתנאים המפורטים בתקנות קופות הגמל תשכ"ד - 1964 במידה ואינך עומד בתקנות אלה - מלא את ההצהרה המתאימה בסעיף 3 ו/או 4 - ראה "תנאי משיכה לתגמולים כפופים לתקנות קופות הגמל" במידה ואינך עומד בתקנות אלה - חתום על הצהרה בסעיף 5 - ראה "הסכמה לניכוי מס".

פדיון כספי חסכון פרט (כספים שאינם כפופים לתקנות קופות הגמל)
☐ כל הפוליסות ☐ פוליסות מס'
☐ פדיון מלא ☐ פדיון חלקי* בסך
 * פדיון חלקי בשיעור של 90% ומעלה מערך הפדיון יחשב כפדיון מלא לענין ביטול הכיסוי הביטוחי בפוליסה.

לתשומת לבך! חובה לצרף צילום ת.ז. (כולל ספח הכתובת) קריא וברור הכולל תאריך הנפקת התעודה ותמונה.

3. תנאי משיכה (פדיון) לתגמולים כפופים לתקנות קופות גמל

מס'ד	סוג הקופה	סוג הכספים	תנאים למשיכה	הצהרת המבוטח / העמית
1	הון	תגמולי שכירים/קופות גמל שכירים	כספים שהופרשו עד 01.01.2005	<input type="radio"/> מלאו לי 60 שנה <input type="radio"/> הנני עומד בהוראות תקנה 34 (ב) בתקנות קופות הגמל (נדרש למלא סעיף 4)
2	הון	תגמולי עצמאיים/קופ"ג לעצמאיים	כספים שהופרשו אחרי 01.01.2005 כספים שהופרשו עד 01.01.2006	<input type="radio"/> מלאו לי 60 שנה <input type="radio"/> קיים ותק של 15 שנה לפוליסה <input type="radio"/> מלאו לי 60 שנה
3	הון	תגמולי שכירים/קרן פנסיה שכירים	כספים שהופרשו אחרי 01.01.2006 כספי קציבה שהופרשו עד 01.01.2000	<input type="radio"/> מלאו לי 60 שנה <input type="radio"/> הנני עומד בהוראות תקנה 34 (ב) בתקנות קופות הגמל (נדרש למלא סעיף 4)
4	קצבה	תגמולי עצמאיים/קרן פנסיה לעצמאיים	ביטוח: תחילת ביטוח לפני 01.05.1997 כספים שנצברו עד 01.01.2000 פנסיה: תחילת ביטוח לפני 01.05.1997 כספים שנצברו עד 01.05.1997	<input type="radio"/> מלאו לי 60 שנה <input type="radio"/> ניתנים למשיכה ללא ניכוי מס

4. תקנות קופות הגמל 34(ב)6

- ☐ במידה ובמשך 6 חודשים רצופים היית מובטל אנא מלא סעיף זה:
 הרני מצהיר בזאת כי, החל מתאריך _____ ועד תאריך _____
☐ במידה ובמשך 6 חודשים רצופים היית עצמאי, אנא מלא סעיף זה:
 הרני מצהיר בזאת כי, החל מתאריך _____ ועד תאריך _____
☐ הרני מצהיר כי מלאו לי 60 שנה: ☐ פרשתי מעבודתי ☐ צמצמתי את עבודתי ב-50% לפחות
☐ במידה ומעסיקך הנוכחי אינו מפריש עבורך לקופת גמל ועברו 13 חודש מתאריך התחלת עבודתך אצלו. אנא מלא סעיף זה:
 הרני מצהיר כי החל מתאריך _____ ועד תאריך _____
 והמעסיק אינו מפריש עבורי כספים לקופת גמל או קצבה.

5. הסכמה לניכוי מס

ידוע לי שאיני זכאי לפטור ממס בגין הכספים שבבקשתי לפדות מכיוון שאיני עומד בתקנות קופות הגמל. למרות זאת, אבקשכם לפדות את הכספים שהצטברו לזכותי בניכוי מס כמתחייב מתקנות מס הכנסה.

לתשומת לבך! חתימתך הכרחית לצורך ביצוע הפדיון.

מסמך זה נחתם דיגיטלית
19/01/2021 10:00:11

חתימת המבוטח/העמית

6. פדיון תגמולים לשכירים מתקופת העבודה בה כספי הפיצויים כפופים לסעיף 14
לאור החלטת ההסדר על פי סעיף 14 על כספי הפיצויים שבפוליסה על שמי, ומכיוון שנוכח למועד בקשת המשיכה טרם מלאו לי 60 שנים, הנני מאשר כי עם ביצוע בקשתי למשיכת תגמולים, החברה תחזיר את רכיב הפיצויים חזרה למעסיק, ואני מוותר על כל טענה ו/או תביעה כנגד החברה בשל כך.

על וות'ם דיגיטלית
19/01/2021 08:14

חתימת המבוטח/העמית

7. פרטי הפקדה
אבקש להפקיד את הסכום ב:

שם בעל החשבון	קרבה	שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון
שים לב! חובה לצרף צילום ת.ז. (כולל ספח כתובת) וצילום המחאה לדוגמא. במידה ואינך בעל החשבון (צד ג') צרף צילום ת.ז. וצילום המחאה של בעל החשבון וכן ציין את הקרבה. חובה למלא טופס הצהרה שנייה עבור פוליסות הכפופות לצו איסור הלבנת הון (הטופס נמצא באתר הפניקס). הריני לאשר כי פרטי חשבון הבנק שמסרתי הינם נכונים ומלאים, ולא תהיה לי ו/או למי מטעמי כל טענה ו/או תביעה בקשר להפקדה לחשבון זה.						

8. הצהרות בעל הפוליסה / המבוטח / המוטב למקרה חיים / העמית
הצהרות לענין פדיון מפוליסות ביטוח חיים

הריני מצהיר ומתחייב בזאת כדלקמן -

- ידוע לי שביצוע הפעולה הנ"ל יגרום לביטול או להקטנת הכיסוי הביטוחי הקיים בפוליסות שעל שמי וכתוצאה מכך יפגעו זכויותי העתידיות בפוליסה. במשיכת ערך פדיון מלא יבוטלו כל הכיסויים הביטוחיים וזאת בחלוף שלושה ימים מיום קבלת בקשתי זו בחברה.
- הנני מודע לכך כי ככל שארצה לחדש או להגדיל את הכיסויים הביטוחיים המוזכרים לעיל, יהיה הדבר כרוך בהצהרת בריאות והליך חיתומי שעלול לייקר את הפרמיה ואף לדחות את בקשתי להגדלה או חידוש הכיסוי הביטוחי.
- ידוע לי כי בקשתי לפדיון הפוליסה תבוצע לאחר פרעון יתרת חוב הלוואה ככל שקיימת.
- אני מצהיר כי אני פועל בעבור עצמי ולא עבור אחר, כנדרש בצו איסור הלבנת הון.
- הצהרתי זו ניתנת לחברה בהתאם לפקודת מס הכנסה (כללים לאישור ניהול קופות הגמל) בתמיכה לבקשתי לשחרור כספי התגמולים.
- הנני מתחייב בזאת לשלם לחברה כל תשלום שבוטל או הוחזר בכרטיס אשראי/ הוראת קבע לאחר מועד ביצוע הפדיון.
- אני הח"מ, בעל הפוליסה / המבוטח / המוטב למקרה חיים בפוליסה, מסכים כי במקרה שבו אצהיר שאני אזרח או תושב ארצות הברית או במקרה שבו הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה לכך שיתכן ואני אזרח או תושב ארצות הברית וסירבתי לבקשת החברה למלא את הטפסים השוללים את קיומה של האינדיקציה בתוך פרק הזמן שהועמד לרשותי, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הזיהוי שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה- FATCA.
- זה שמי, זו חתימתי וכל האמור בהצהרה זו האמת.

הצהרות לענין פדיון מקרן הפנסיה
הריני מצהיר ומתחייב בזאת כדלקמן -

- ידוע לי כי לאחר החזר כל הסכומים שהצטברו לזכותי בקרנות הפנסיה לא אהיה זכאי, אני והבאים מכוחי, לזכויות כלשהן מקרנות הפנסיה לרבות זכות לפנסיה נכות, שאירים או זקנה.
- אם אמשך חלק ממרכיב התגמולים מהפניקס פנסיה מקיפה או הפניקס פנסיה משלימה, הכיסוי הביטוחי לנכות ושאירים יחושב לפי גילי בעת ההפקדה החדשה.
- אם אמשך חלק מכספי "עמית יסוד", הפנסיה שאקבל תחושב בגין היתרה לפי מקדמי היוון הקבועים בתקנון.
- במקרה של פדיון בעת הסדר ריסק זמני - ידוע לי כי החל ממועד חתימתי על בקשת משיכת הכספים, בוטל הסדר הריסק אליו הצטרפתי אשר נועד לשמור על הכיסויים הביטוחיים בקרן הפנסיה.
- ידוע לי כי ככל שאהיה מעוניין להצטרף כעמית חדש לאחר משיכת הכספים מקרן הפנסיה, אדרש לעבור תהליך חיתום הכולל הצהרת בריאות, וכי מניין תקופת האכשרה והותק בקרן הפנסיה יתחיל ממועד ההפקדה הראשון לאחר משיכת הכספים, וזאת ככל שאושרה הצטרפותי המחודשת לקרן על ידי החברה.
- ידוע לי כי הכספים שישולמו לי על ידי הפניקס פנסיה מקיפה או הפניקס פנסיה משלימה הינם בהתאם לתקנון ותקנות קופות גמל.
- ידוע לי כי הכספים שישולמו לי על ידי "עמית יסוד" קרן הפנסיה הותיקה יהיו בהתאם לנוסחת הפדיון שבתקנון קרן הפנסיה בהתאם לגילי ביום הפדיון ובכפוף ליתר הניכויים על פי התקנון.
- ידוע לי כי מהסכומים המוחזרים תנוכה יתרת חוב הלוואה ככל שקיימת ו/או החזר כספי פיצויים למעסיק עפ"י ההסדר החל.
- הריני מתחייב לפניהם כי החלטתי זו הינה סופית ואינה ניתנת לביטול ו/או שינוי ולא אוכל להחזיר הכספים שקבלתי, וזאת לאחר שניתנה לי ההזדמנות לבחון את המשמעויות החמורות הנובעות מהחלטתי למשוך הכספים.
- כל האמור בהצהרה זו והפרטים שמסרתי בטופס הבקשה הינם נכונים.

לידיעתך!
פדיון הכספים, עלול לגרום לחוסר מידי בכיסוי הביטוחי ולהפחתת היכולת הפיננסית העתידית הנובעת מפוליסות אלו, לכן קיימת חשיבות מרובה לשמירה על זכויותיך בפוליסה! אם הפדיון הוא חלקי והפוליסה שולמה באופן שוטף עד למועד הבקשה יש לצרף טופס הנחיות לשינויים בפוליסה. באפשרותך להמשיך את תשלום הפוליסה באופן מלא או חלקי בהתאם לתנאיה, ואף להתאים אותה לצרכיך. לפרטים נוספים הינך מוזמן לפנות לסוכן הביטוח שלך או למוקד שירות הלקוחות בטלפון 3455 *

חתימה

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	אבו בלאל	2 0 4 5 1 4 6 5 7	כוכב לבן בע"מ 515240323
19/01/2021 <td>היתם <td>אבו בלאל <td>7 5 6 4 1 5 4 2 <td>חתימת בעל הפוליסה / המבוטח / המוטב למקרה חיים / העמית</td> <td>מקל וות'ם דיגיטלית 19/01/2021 08:14</td> </td></td></td>	היתם <td>אבו בלאל <td>7 5 6 4 1 5 4 2 <td>חתימת בעל הפוליסה / המבוטח / המוטב למקרה חיים / העמית</td> <td>מקל וות'ם דיגיטלית 19/01/2021 08:14</td> </td></td>	אבו בלאל <td>7 5 6 4 1 5 4 2 <td>חתימת בעל הפוליסה / המבוטח / המוטב למקרה חיים / העמית</td> <td>מקל וות'ם דיגיטלית 19/01/2021 08:14</td> </td>	7 5 6 4 1 5 4 2 <td>חתימת בעל הפוליסה / המבוטח / המוטב למקרה חיים / העמית</td> <td>מקל וות'ם דיגיטלית 19/01/2021 08:14</td>	חתימת בעל הפוליסה / המבוטח / המוטב למקרה חיים / העמית	מקל וות'ם דיגיטלית 19/01/2021 08:14

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.

הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רישיון) (נספח 2)

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כוח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו.

(☒) צורך מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח

(שם הגוף המוסדי), (מספר ח.פ.)

לכבוד: הפניקס אקסלנס פנסיה וגמל

מייפה הכוח (הלקוח):

2 0 4 5 1 4 6 5 7

מספר זיהוי:

שם: היתם אבו בלאל

כתובת: הגנה 1 באר שבע

מיופה הכוח: במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד:

5 1 1 3 4 8 9 2 2

רישיון מס':

חי אל סוכנות לביטוח בע"מ

שם (יחיד / תאגיד):

☒ סמן את האפשרות המתאימה.

אשר הינו: (1) יועץ פנסיוני ☐ (2) סוכן ביטוח פנסיוני ☒

jenny@chaief.co.il

דוא"ל:

036394815

טלפון:

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני, ומי מטעמי, לפנות בשמי לגוף מוסדי המפורט לעיל לשם קבלת מידע אודות מוצרים פנסיוניים ותכניות ביטוח הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשות להצטרפות למוצר או העברת בקשות לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדיון. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית. אם מנוהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיופה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים:

(1) מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר	(2) מספר הקידוד של המוצר (חובה)	(3) סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל)
1580726089	209	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

* במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.

* אם מועבר "מספר הקידוד של המוצר" יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני".

* בממשק האיחודים שדה "מספר קידוד אחיד" הוא שדה חובה.

* אם סימנתי V בעמודה (3), סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.

ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסוים)

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 מוצרים הכוללים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע 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 הכוללים בהרשאה זו, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.

☒ חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם.

1. **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

ולראיה באתי על החתום:

19/01/2021 תאריך החתימה	חתימת סוכן הביטוח / היועץ הפנסיוני	חי אל סוכנות לביטוח שם סוכן הביטוח / היועץ הפנסיוני	19/01/2021 תאריך החתימה	היתם אבו בלאל חתימת הלקוח
----------------------------	------------------------------------	--	----------------------------	------------------------------

- מי מטעמי - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, המונה 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: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.
- מידע אודות מוצר - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיקי, פרטי שכר, הפקדות ויחידות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנודרש.
- מוצר פנסיוני - מוצר פנסיוני שהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני שהגדרתה בסעיף 31(2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.
- תכנית ביטוח - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.

הודעה על עזיבת מקום עבודה והוראת המבוטח לאחר עזיבה

הודעה זו נמסרת ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" ואין להפניקס פנסיה בע"מ.

פרטי הסוכן	שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח
------------	----------	-----------	----------	-----------

הודעה על עזיבת מקום עבודה				
כוכב לכן שירותי נ'קיון		932278807		
שם מעסיק	מספר תיק ניכויים	מס' קולקטיב בפניקס		
אבו כלאן	היתם 2104514657	30/06/2020		
שם המבוטח	ת.ז.	טלפון	תאריך סיום העבודה	

שחרור הכספים במלואם לטובת המבוטח				
הנני מצהיר כי המבוטח הפסיק את עבודתו. נא לשחרר לטובת המבוטח את הפוליסה במלואה ואין הזכויות בקרן הפנסיה.				
מצב טופס 16 - טופס 161 א' ואין הנחיות פקיד שומה				
כוכב לכן שירותי נ'קיון	X	שינוי ניקיון ואחזקה בע"מ	ת.ז.	תאריך
515240323				

הוראות המבוטח לאחר עזיבה

הנחיות המבוטח - כספי הפיצויים	
1.	<input type="radio"/> משיכת כספי הפיצויים שהצטברו בפוליסה, נא למלא טופס בקשה לפדיון
2.	<input type="radio"/> השארת כספי הפיצויים הפטורים ככספי פיצויים נזילים ומותרים למשיכה בכל עת בניכוי מס רווח מריבית
3.	<input type="radio"/> השארת הפיצויים בקופה משלמת לקצבה למסירת תשלום קצבה חודשית

ביטוח חיים - הוראות המבוטח - להמשך הפוליסה	
מספר פוליסה לעדכון שינוי	
1.	המשך הפוליסה בבעלותי לפי תכנית ביטוח <input type="radio"/> רגילה <input type="radio"/> תגמולים לעצמאים
	<input type="radio"/> במלואה
	<input type="radio"/> לפי סכום ביטוח בסך ש"ח
	<input type="radio"/> לפי פרמיה ש"ח
בתוכניות ביטוח שתחילתן לפני 06/2001 ידוע לי כי הפרמיה החדשה כפי שתוגדר תהיה צמודה למדד ותשאר קבועה לאורך כל חי' הפוליסה ולא ניתן יהיה להגדילה לרבות במעבר לתשלום לפוליסה על ידי מעסיק בתור שכיר לפי פוליסת ביטוח מנהלים.	
2.	<input type="radio"/> הסדר ריסק זמני מתאריך עזיבת העבודה בביטוח מנהלים:
	<input type="radio"/> פוליסה שהופקה עד 2004 לתקופה של עד שנה
	<input type="radio"/> פוליסה שהופקה החל מ- 2004 לתקופה של עד שנתיים
3.	<input type="radio"/> העברת הבעלות למעסיק חדש, במלואה - מס' הפוליסה
	יש למלא טופס קבלת בעלות.
4.	<input type="radio"/> סילוק הפוליסה בבעלותי במלואה, או לאחר פדיון חלקי - מס' פוליסה

קרן פנסיה - הוראות המבוטח להמשך החשבון בקרן	
מסמכים אותם חובה לצרף להודעה זו	
1. המשך החשבון בקרן לפי פרמיה בסך ש"ח (פרמיה מינימאלית 350 ש"ח)	
הרשאה לבנק לחיוב חשבון, הוראת קבע	
2. בקשה להסדר ריסק זמני	
חובה לצרף טופס בקשה להסדר ריסק זמני	
3. המשך באמצעות מעסיק החדש	
נא לצרף מכתב הסכמת המעסיק החדש לקבלת הבעלות על החשבון בקרן	
יש למלא טופס קבלת בעלות.	
4. הקפאת החשבון בקרן וביטול הכיסויים לנכות ושאיירים	
5. משיכת כספי פיצויים	
נא למלא טופס בקשה לפדיון	

חתימות החתימה להלן מהווה הסכמה לכל הכתוב לעיל	
X	
חתימת המבוטח	תאריך
	ת.ז.
שם המבוטח	