

מסלול לזמן פרישה (קצבה מיידית או קצבה נדחית)

מסלול למנהלים ושכירים/ מסלול לעצמאים

עמית- עצמאי • עמית שכיר • תיקון 190 - קצבה מוכרת (בהתאם להוראות כל דין)

פרטי סוכן/יועץ		שביב ישראלי	
		58721	ישראלי שביב
שם סוכן/יועץ	מס' סוכן/יועץ	שם המנהל העיסקי	מס' הצעה

אני/ אנו החתומים מטה, המעסיק ו/או המועמד לביטוח פונים בזה אל הפניקס חברה לביטוח בע"מ בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:

חלק א' - למילוי על ידי המועמד לביטוח במקרה של העברת כספי עמית עצמאי ועמית שכיר

פרטי המועמד לביטוח					
ברק	אסתר	נ	ר	ג	א
שם משפחה	שם פרטי	מין	מצב משפחתי	ת.ז.	תאריך לידה
	0	אין	עיסוק בפועל	טלפון	נייד
קופת חולים	מקצוע				

אילניה	אילניה	0	15255	Barak7206@gmail.com
כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.
			מיקוד	דואר אלקטרוני

לתשומת ליבך פרטי ההתקשרות שציית בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס.

CRS ו- FATCA בעל הפוליסה (יש למלא במקרה של עמית עצמאי)	
האם אתה אזרח ארה"ב? • כן • לא	האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? • כן • לא
שם פרטי באנגלית	שם משפחה באנגלית
* במידה וענית "כן" לאחד מהסעיפים לעיל יש לצרף טופס W-9 ולציין שם פרטי ושם משפחה באנגלית ** במידה והנך תושב ארה"ב לצרכי מס, יש לצרף הצהרה בדבר תושבות ישראלית	

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

במידה וענית 'כן' אנו ציין מדינות תושבות ומספר TIN עבור כל מדינה:

מדינה	מספר TIN
1.	
2.	
3.	

** אם הנך תאגיד, יש למלא טופס הצהרת תושבות מס לתאגיד (מק"ט 300106320)

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

14/06/2021	חתימת בעל הפוליסה
תאריך חתימה	חתימת בעל הפוליסה

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה וכל מידע נוסף שיימסר בעתיד על ידי החברה, נמסר בהסכמתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי שהמידע ישמר במאגרי המידע של החברה ואו חברות מהקבוצה ו/או אצל גורם אחר מטעמה וישמש לצורך ניהול, תפעול וטיפול בכל ענייני הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקטואריים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין. ("הקבוצה" - 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).

X	X	חתימת המועמד לביטוח	חתימת בעל הפוליסה
---	---	---------------------	-------------------

הסכמה לקבלת הדוח השנתי המקוצר באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני/ מסרון)

הנני מסכים כי הדוח השנתי המקוצר ישלח אלי, מידי שנה, באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני/ מסרון).
ידוע לי כי בכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש כי הדוח השנתי ישלח באמצעות הדואר.

X	X	חתימת המועמד לביטוח	חתימת בעל הפוליסה
---	---	---------------------	-------------------

הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת

הנני מסכים כי המידע אודותי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיוור מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסים ואחרים, וזאת בין היתר באמצעות מערכת חיוג אוטומטי, פקסימיליה, דואר אלקטרוני והודעת מסר קצר וכל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה.

X	X	חתימת המועמד לביטוח	חתימת בעל הפוליסה
---	---	---------------------	-------------------

נא סמן את בחירתך: • מסכים • לא מסכים

שאלון הכר את הלקוח

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

מס פוליסה/חשבון

א. פרטי זהויות

שם פרטי	אסתר	ברק	0 2 3 9 5 7 2 6 9	מספר זהות	מדינת ההנפקה של הדרכון
שם משפחה					

ב. בירור לעניין תושב חוץ/איש ציבור

האם הנך תושב חוץ? ☐ כן ☒ לא – אם כן ציין באיזו מדינה: _____

במידה וסומן כן, אנא מלא את סעיף א' לטופס "איש ציבור" המצורף בסופו של טופס זה ("איש ציבור זר").

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

*במידה וסומן כן, אנא מלא את סעיף ב' לטופס "איש ציבור" המצורף בסופו של טופס זה ("איש ציבור מקומי").

ג. קיומו של נהנה בחשבון*

האם הכספים בחשבון מוחזקים בעבור אדם אחר שאינו מקבל השירות? ☐ כן ☒ לא

האם המבוטח או העמית מבצע את הפעילות בעבור אדם אחר שאינו מקבל השירות? ☐ כן ☒ לא

האם אדם אחר שאינו מקבל השירות מכוון את הפעילות בחשבון? ☐ כן ☒ לא

*במידה וסומן כן באחת השאלות:

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. האם קיים מיופה כוח שאינו בעל רישיון בחשבון או בחוזה ביטוח החיים? ☐ כן ☒ לא

*במידה וסומן כן, אנא סמן את הזיקה בינך לבין מיופה הכוח:

☐ בן משפחה: ² פרט _____

☐ שותף עסקי

☐ עובד או מעביד

☐ אחר: פרט _____

2. האם מתוכננות הפקדות מצד גורם אחר בחשבון או בחוזה ביטוח החיים? ☐ כן ☒ לא

*במידה וסומן כן, אנא סמן את הזיקה בינך לבין אותו גורם:

☐ בן משפחה: פרט _____

☐ שותף עסקי

☐ מעביד

☐ אחר: פרט _____

שם הגורם המפקיד (יש למלא רק אם הגורם המפקיד אינו בעל פוליסה או מבוטח או עמית)

שם מלא _____ ת.ז. _____

ה. פרטים על משלח יד/מקצוע ועיסוק

1. מצב תעסוקתי

<input type="radio"/> שכיר. שם המעסיק _____	<input type="radio"/> חבר קיבוץ
<input checked="" type="radio"/> עצמאי	<input type="radio"/> אברך/תלמיד ישיבה
<input type="radio"/> שכיר בעל שליטה	<input type="radio"/> חייל בשירות חובה או מתנדב בשירות לאומי
<input type="radio"/> סטודנט	<input type="radio"/> לא עובד
<input type="radio"/> גמלאי. עיסוק טרם הפרישה _____	<input type="radio"/> אחר (פרט) _____
<input type="radio"/> קטין	

2. אם סומן ב- (1) עצמאי, אנא מלא את הפרטים הבאים:

שם העסק _____

מען העסק _____

מחזור הכנסות שנתי _____



צימרים אילניה _____

אילניה _____

תחום העיסוק של העסק	
<input type="radio"/> ילומים 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 בנכס פיננסי
<input type="radio"/> בלדרות	<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 checked="" type="radio"/> אחר (פרט): צימרים

1. מטרת ההתקשרות, מקור הכספים והפעילות המתוכננת	
1. מטרת פתיחת החשבון או חוזה ביטוח החיים:	
<input type="radio"/> חיסכון לטווח קצר (עד שנתיים)	<input checked="" 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 checked="" 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"/> ירושה	<input type="radio"/> פיצויי פיטורין/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) 205,125	
4. תדירות הפקדות צפויה	
<input checked="" type="radio"/> חד פעמי	<input type="radio"/> חצי שנתי
<input type="radio"/> חודשי	<input type="radio"/> שנתי
<input type="radio"/> רבעוני	<input type="radio"/> אחר (פרט):
5. אופן הפקדות הכספים בחשבון	
<input type="radio"/> המחאה	<input type="radio"/> הוראת קבע
<input checked="" type="radio"/> העברה בנקאית	
6. האם צפויות הפקדות/משיכות בחשבון/חוזה ביטוח חיים מ/אל מדינה זרה? <input type="radio"/> כן <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> לא	

2. הצהרות			
1. האם בעבר גוף פיננסי סירב להעניק לך שירותים מסיבות הקשורות באיסור הלבנת הון או מימון טרור? <input type="radio"/> כן <input checked="" type="radio"/> לא			
14/06/2021	אסתר ברק	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה
תאריך	שם		
2. הריני מצהירה/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה מלא ומהימן, ואני מתחייב/ת לדווח על כל שינוי בהצהרתי זו.			
14/06/2021	אסתר ברק	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה
תאריך	שם		

שאלון מוגבר	
מה מקור משאבך הפיננסיים?	
<input type="radio"/> שכר מעבודה <input type="radio"/> תפקיד אחרון: <input type="radio"/> שם המעסיק: <input type="radio"/> דיבידנד <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="radio"/> כן, פרט:	
	אסתר ברק 14/06/2021 תאריך
חתימה	שם
שירותי עדכון באמצעות מסרון (SMS) לסוכן הביטוח	
הנני מעוניין כי תשלחו אלי עדכונים בעת ביצוע פעולות תפעוליות בפוליסה זו (דהיינו, בקשה לניוד, חוסרים במסמכי נידוד, קבלת סירוב מהקופה המעבירה, חרטה מניוד, השלמת תהליך הנייד), באמצעות מסרון SMS למספר הטלפון הנייד המצוין מטה או לכל מספר טלפון נייד אחר שאמסור לכם בעתיד.	
אישור סוכן הביטוח לקבלת מסרון	
	ישראלי 0 שם משפחה
שם	שם
חתימת סוכן הביטוח	מס' טלפון נייד נוסף
מינוי מוטבים - למועמד לביטוח	
שם אלי ברק	ת.ז. 0 5 6 7 4 3 6 8 5
תאריך לידה 11/12/1960	כתובת אילניה אילניה
מין <input checked="" type="radio"/> ז <input type="radio"/> נ	קירבה בן/בת זוג
% חלקים 100.00	מקרה מוות
* לא מונו מוטבים למקרה מוות - יהיו המוטבים יורשיו החוקיים של המבוטח. * בכל מקרה ביטוח שאינו מות המבוטח, המוטב יהיה המבוטח	

הפקדה חד פעמית לפוליסת חיסכון בלבד ללא כיסוי בטוחי וללא פרמיה שוטפת

בחירת המוצר

☒ **קצבה נדחית* (J)**

* מבטוח המעוניין לבצע הפקדה ולמשוך את הקצבה במועד מאוחר יותר.

☐ **קצבה מיידית* (111)**

* קצבה מיידית - מבטוח המעוניין לבצע הפקדה ולמשוך קצבה מיידית במועד ההפקדה.

תוכנית ביטוח	דמי ניהול מצבירה	סכום הפקדה חד פעמית
<input checked="" type="checkbox"/> הפקדה לקופה משלמת קצבה	<input checked="" type="checkbox"/> 1.05% <input type="checkbox"/> 0.85% אחר	ש"ח 205,128
<input type="checkbox"/> הפקדה לקופה שאינה משלמת קצבה	<input type="checkbox"/> 1.05% <input type="checkbox"/> אחר	ש"ח

מסלולי השקעה*

* במידה ונבחרה קצבה מיידית, אין לבחור מסלול השקעה בטופס זה אלא בטופס "בקשה לקבלת קצבה"

מסלול השקעות	פיצויים	תגמולים	מסלול השקעות	פיצויים	תגמולים
<input type="checkbox"/> מודל תלוי גיל* (9999) (ברירת מחל)	%	%	<input type="checkbox"/> מדדי אג"ח חו"ל (17)	%	%
<input type="checkbox"/> מסלול לבני 50 ומטה** (314)	%	%	<input type="checkbox"/> אג"ח עד 25% מניות (116)	%	%
<input type="checkbox"/> מסלול לבני 50 עד 60** (114)	%	%	<input type="checkbox"/> הלכה (117)	%	%
<input checked="" type="checkbox"/> מסלול לבני 60 ומעלה** (214)	%	80	<input type="checkbox"/> מודל תלוי גיל פאסיבי* (8888)	%	%
<input type="checkbox"/> אג"ח (11)	%	%	<input type="checkbox"/> מסלול פאסיבי לבני 50 ומטה** (241)	%	%
<input checked="" type="checkbox"/> מניות (115)	%	10	<input type="checkbox"/> מסלול פאסיבי לבני 50 עד 60** (242)	%	%
<input checked="" type="checkbox"/> מחקה מדד S&P 500 (16)	%	10	<input type="checkbox"/> מסלול פאסיבי לבני 60 ומעלה** (243)	%	%

* בבחירה במודל תלוי גיל תשוך אוטומטית למסלול התואם את גילך ותעבור אוטומטית למסלול עוקב בהתאם לתנאי המסלול

** בחירה במסלול זה אינה תלויה בגילך ותישאר קבועה עד להוראה אחרת מצידך, ללא תלות בשינויים בגילך

מקדמי קצבה - למבטוחים מגיל 60 ומעלה יינתן מקדם קצבה מובטח באופן אוטומטי

התחייבויות והצהרות, בעל הפוליסה והמועמד לביטוח (המבטוח)

אסתר ברק

שם המועמד לביטוח

0 2 3 9 5 7 2 6 9

ת.ז.

1. **הצהרות בנושא בקשה והסכמה לקבלת לביטוח** - אני הח"מ, בעל הפוליסה/המועמד לביטוח בפוליסה, המועמד לביטוח בפוליסה, פונה ומבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס") להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו: אני מצהיר מסכים ומתחייב בזה כי (1) כל התשובות כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר ל"הפניקס", וכן התנאים המקובלים לעניין זה ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה. (3) החברה רשאית להודיע על אי קבלת לביטוח או לחזור בהצעה נגדית תוך שלושה חודשים או תוך שישה חודשים אם פנתה לקבלת נתונים נוספים. ככל שחזרה בהצעה נגדית יידרש אישורי לתנאים תוך שלושה חודשים במהלכם יחולו תנאי ההצעה הנגדית. ככל שתנאי ההצעה הנגדית לא יאושרו תוך פרק זמן זה תבוטל הפוליסה. ידוע לי שחוזר הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר ש"הפניקס" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהתקבל אמצעי תשלום שניתן לגבות ממנו או ששולמה הפרמיה הראשונה ובכפוף לאמור בתנאי הפוליסה. הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים.

2. **הצהרה בקשר לקבלת מידע ושירותים באמצעות האינטרנט ו/או קווי תקשורת** - אני הח"מ מסכים כי על פי בקשותי בעתיד תיתן לי החברה מידע ושירותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מתן שירותים ו/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי תקשורת.

3. ידוע לי שכל שאהיה מעוניין להצטרף לקבלת שירותים באמצעות האינטרנט אוכל לשלוח באמצעות האתר, מידע פנסיוני אודותי.

4. **הצהרה בנושא FATCA ו-CRS** - אני הח"מ, בעל הפוליסה/המועמד לביטוח בפוליסה, מסכים כי במקרה שבו אצהיר שאני אזרח או תושב מדינה זרה או במקרה שבו הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה לכך שיתכן ואני אזרח או תושב מדינה זרה 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 ו-CRS.

5. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה, לסוכן הביטוח המטפל ולגוף האחראי על דיווח בנושא FATCA ו-CRS.

14/06/2021

תאריך

חתימת המועמד לביטוח

טופס הצהרת בעל פוליסה/מבוטח/עמית

תוספת שנייה – (סעיף 5 (ד))

מס' הפוליסה/החשבון: **230949** שם קופת הגמל: **מור מנורה מבטחים 50-60**

אני: **אסתר ברק** (שם בעל הפוליסה/המבוטח/העמית), בעל מס' זהות: **0 2 3 9 5 7 2 6 9**

מצהיר בזה כי:

☒ אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה/חשבון זולת בעל הפוליסה והמבוטח/העמית למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה/בחשבון).

☐ יש נהנה בזכויות כאמור, ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים;

הסיבה לכך: _____

אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.

הנהנים בפוליסה/בחשבון הם:


שם	מס' זהות ¹	תאריך לידה/התאגדות ²	מען ³

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.

	14/06/2021
חתימה	תאריך

1. לרבות שם המדינה שבה הוצא מסמך הזיהוי.

2. ימולא אם חסר שם או מספר זהות.

1. מחק את המיותר.

חלק ב' – למילוי על ידי המעסיק במקרה של העברת כספי עמית שכיר בלבד

יש להחזית את המעסיק במקומות המתאימים.


פרטי המעסיק				
שם המעסיק / החברה	ת.ז. המעסיק / מס' חברה	מס' טלפון	מס' פקס	
כתובת (רחוב)	מס' בית	ת.ד.	עיר/ישוב	מיקוד
האם ברצונך לקבל לכתובת מייל הזאת את דוח תחזית הגביה <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא				
דואר אלקטרוני				

יש למלא רק במקרה ומועברים כספי פיצויים

בהעברת פיצויים מעסיק

אישור המעסיק להשקעת כספי הפיצויים, ורק אם לא חל הסכם לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים

יש לחתום על סעיף זה אם נבחר מסלול אחר מ"ברירת המחדל".

	14/06/2021
חתימת וחותמת המעסיק	תאריך

חלק ג' – למילוי על ידי המועמד לביטוח לצורך העברת כספי עמית עצמאי ועמית שכיר

בקשה להעברת כספים להפניקס חברה לביטוח בע"מ

נספח א – חלק 1

העברה לקרן פנסיה או לקופת ביטוח (עמית – עצמאי או עמית – שכיר)

כל התחייבויות החברה, על פי טופס זה, תיכנסנה לתוקף אך ורק לאחר קבלת חתימת המבוטח/העמית על אישור תנאי ביטוח חריגים ככל שנקבעו.

9790

מור מנורה מבטחים 50-60

מנורה מבטחים פנסיה וגמל בע"מ

לכבוד

(שם הפוליסה ומספר הפוליסה)

(שם חברת הביטוח של קופת הגמל המעבירה)

הנדון: בקשה להעברת כספים להפניקס חברה לביטוח בע"מ

מצ"ב בקשתו של **אסתר ברק** (שם העמית) להעברת כספים מחשבון אצלכם, כמפורט להלן.
בהמשך לבקשה, אנו מתחייבים בזאת להתחייבות בלתי חוזרת לקבל את הכספים ולשאת באחריות הביטוחית לגבי **אסתר ברק** (שם העמית) בכפוף לאמור בטופס לעניין הכיסוי הביטוחי בקופת גמל מקבלת החל במועד הקובע, כהגדרתו בתקנות פיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (העברת כספים בין קופות גמל), התשס"ח-2008 (להלן – המועד הקובע ו- התקנות, בהתאמה).
לכל מונח במסמך זה תהא המשמעות הנודעת לו בתקנות, אלא אם כן נקבע בו במפורש אחרת.

פרטי העמית		ברק	אסתר	023957269	08/02/1969
שם משפחה		שם פרטי		ת.ז.	תאריך לידה
אילניה אילניה				עמית פעיל <input type="radio"/> עמית לא פעיל <input checked="" type="radio"/>	
כתובת		בקופת הגמל המעבירה			

בקשת העברה		מור מנורה מבטחים 60	אסתר ברק
1	אני מצהיר כי יבילתי את התנאים לעניין הכיסוי הביטוחי ב מור מנורה מבטחים 60 (שם קופת הגמל המקבלת) וכי הוסברו לי תנאים אלה, ככל שנקבעו תנאים כאמור.	חתימת העמית	חתימת האפוסטרופוס
לגבי עמית נתון לאפוסטרופוס		שם האפוסטרופוס	חתימת האפוסטרופוס

2		אני מבקש להעביר את (יש לסמן אפשרות אחת בלבד). <input checked="" type="radio"/> מלוא הכספים (ברירת מחדל) <input type="radio"/> סכום להעברה ש"ח <input type="radio"/> שיעור מתוך הסכומים שנצברו לזכות העמית בחשבון לפי העניין % <input type="radio"/> סכום הכספים שהופקדו בחשבון עד יום <input type="radio"/> סכום הכספים שהופקדו בחשבון החל מיום	
		במסלול ההשקעה <input checked="" type="radio"/> כל מסלולי ההשקעה (ברירת מחדל) <input type="radio"/> שם מסלול או מסלולי ההשקעה מהם העמית ירצה להעביר ירצה להעביר את הכספים שנצברו לזכותו	
מספר חשבון בקופת הגמל המעבירה		230949	
מספר החשבון בקופת הגמל המקבלת		מור מנורה מבטחים 50-60	
ולאחר שקראתי בעיון את התנאים שנקבעו לעניין הכיסוי הביטוחי בקופת הגמל המקבל והוסברו לי תנאים אלה היטב, ככל שנקבעו תנאים כאמור.			
לידיעתך ברירת המחדל להעברת הכספים, במידה שלא ציינת את סך היתרה שתועבר לקופת המקבלת, מרכיבי החשבון שמהם יועברו הכספים או את מסלולי ההשקעה שמהם תרצה להעביר את הכספים, היא העברת מלוא הכספים שנצברו בחשבון בקופת המעבירה, בכל מרכיבי החשבון ובכל מסלולי ההשקעה.			

3	אני נותן בזה את הסכמתי לכך שתמסרו את כל הפרטים, הנתונים והמסמכים שיש לכם לגבי, ובכלל זה פירוט בדבר התנאים או הסייגים שנקבעו לגבי בקופת המעבירה לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכויי מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכויי נכות – ככל שנקבעו, ואשר נדרשים לפי הוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר לפי סעיף (ד23) לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ה-2005, להפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ.
4	ידוע לי כי החל במועד הקובע * ואילך תהיו פטורים מלשלם לי כל תשלום שהוא, לרבות בשל חבות ביטוחית, הנובע מהכספים שהועברו לקופת הגמל המקבלת.
5	אני מצהיר, כי למיטב ידיעתי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו מתקיימים כל התנאים המפורטים להלן: 1. לא קיים צו עיקול על חשבוני בקופת המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל; 2. לא קיים שעבוד שנעשה כדין על חשבוני בקופת המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל; 3. לא קיימת בחשבוני בקופת המעבירה יתרת חוב בשל הלוואה שטרם נפרעה במלואה; 4. לא התחלתי לקבל קצבת זקנה מהקופה המעבירה בגין הסכום להעברה; 5. לא הגשתי בקשה לקבלת קצבת נכות מהקופה המעבירה שעודה תלויה ועומדת ולא אושרה זכאותי לקבלת קצבת נכות מהקופה המעבירה שטרם פקעה; ידוע לי כי ככל שמתקיימים לגבי במועד חתימתי על בקשת העברה זו ועד למועד ההעברה אחד מהתנאים האמורים, תבוטל בקשת ההעברה ולא תבוצע העברת כספים לקופת המקבלת.

לגבי עמית פעיל בלבד
ידוע לי כי בקשתי האמורה מותנת בכך שלא יחלפו למעלה מ-120 ימים ממועד הגשת הבקשה ועד למועד שבו יופקדו בשלי לראשונה ב **מור מנורה מבטחים** (שם קופת הגמל המקבלת) כספים, אלא אם כן אודיע להפניקס חברה לביטוח בע"מ כי לא יופקדו בשלי כספים ב **מור מנורה מבטחים** (שם קופת הגמל המקבלת). כמו כן ידוע לי כי אם אודיע כאמור, אחשב לעניין המועד הקובע כעמית לא פעיל.

אסתר ברק		14/06/2021	חתימת העמית
שם העמית		תאריך	חתימת העמית
לגבי עמית נתון לאפוסטרופוס		שם האפוסטרופוס	חתימת האפוסטרופוס

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 לקופת המעבירה (הקופה ממנה מועברים הכספים). העברת הטופס אפשרית, בין היתר, בפקס, בדואר או בדוא"ל.

ולראיה באתי על חתום		14/06/2021	חתימת העמית
שם העמית		תאריך	חתימת העמית
לגבי עמית נתון לאפוסטרופוס		שם האפוסטרופוס	חתימת האפוסטרופוס

אנא העבר את הטופס לפקס יעודי מס' 03-7336943, Maavar_Amitim@fnx.co.il

בהעברה בנקאית יש להפקיד לחשבון הפניקס בבנק הפועלים 12 סניף 600 חשבון 600916

הודעת עמית על ביטול בקשת העברה נספח ו

ישאר בידי הלקוח

לכבוד

(שם הגוף המנהל של קופת הגמל המעבירה) _____

(שם קופת הגמל המעבירה) _____

(מס' אישור מס הכנסה של הקופה המעבירה) _____

בקשת העברה

בהמשך לבקשתי להעברת כספים מקופת הגמל _____ (שם הקופה המעבירה), חשבון/פוליסה מס' _____ (מס' חשבון בקופה המעבירה) לקופת הגמל _____ (שם הקופה המקבלת) מספר אישור מ"ה _____ (מס' אישור מס הכנסה של הקופה המקבלת), אני מודיע בזה כי בקשתי מבוטלת. ולראיה באתי על החתום, היום _____

X			
חתימת העמית	תאריך	שם העמית	
X			לגבי עמית נתון לאפטרופוסות
חתימת האפטרופוס	ת.ז.	שם האפטרופוס	

הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רישיון) (נספח 22)

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

(X) צורף מסמך זיהוי של הלקוח מ"יפה הכוח)

לכבוד (סמן את האפשרות הרצויה)

☐ הפניקס חברה לביטוח בע"מ ☐ הפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ

מ"יפה הכוח (הלקוח)

אסתר ברק

שם

023957269

מס' ת.ז.

אילניה אילניה

כתובת

מיופה הכוח (במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכח הינו תאגיד):

שביב ישראלי

שם (יחיד / תאגיד)

059152405

רשיון מס'

58721

מס' סוכן

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

04-8102280

טלפון

info@shaviv-fin.com

דואר אלקטרוני

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של בעל הרישיון מי מטעמו¹, לפנות בשמי לכל גוף מוסדי² המפורט לעיל לשם קבלת מידע³ אודות מוצרים פנסיוניים⁴ ותכנית ביטוח⁵ הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך. העברת בקשות⁶ להצטרפות למוצר או העברת בקשות⁷ לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותי⁸, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית.

אם מנהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעבידי או ספק שירות. יועבר אודותיה מידע בלבד ומימפה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

הרשאה זו מת"חסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

(1) מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר	(2) מספר הקידוד של המוצר (רשות)	(3) סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רשיון מטפל
	51224581200000000000129200000000	<input type="radio"/>
	52002318500000000000000000000000	<input type="radio"/>
	52002318500000000000000000000000	<input type="radio"/>
	52002318500000000000000000000000	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>

- * במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף ל"יפיו הכח את טפסי ההצטרפות, ויפיו 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 האירועים שדה "מספר קידוד אחיד" הוא שדה חובה.
* אם ס'מנ"י V בעמודה (3). סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לבצוע פעולות בהם.

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

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 מוצרים הכלולים 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 מוצרים הכלולים 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.

2. 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 _____.

14/06/2021	X			
תאריך החתימה		חתימת הלקוח		
14/06/2021	X	X	ישראלי שביב	X
תאריך החתימה		חתימת סוכן הביטוח / היועץ הפנסיוני	שם סוכן הביטוח / היועץ הפנסיוני	

1. **"מי מטעמו"** – עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף מוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים ("יעוץ 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"** – 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, פקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבדים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש.
4. **"מוצר פנסיוני"** – מוצר פנסיוני בהגדרתו בסעיף 1 לחוק היעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1(2) לחוק היעוץ הפנסיוני.
5. **"תכנית ביטוח"** – תוכנית ביטוח מניי סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.