

**From:** <Betib@mvs.co.il>

**Sent:** Thursday, July 1, 2021 12:59 PM

**To:** sherutlife@fnx.co.il

**Subject:** צילה פרחי ת.ז. 300926912 (ק"ב מנהלים) פוליסה 7505072012



מדינת ישראל משרד הפנים	دولة اسرائيل وزارة الداخلية	ספח לתעודת זהות ملحق لبطاقة الهوية
מספר הזהות رقم الهوية	3 0092691 2	3 0092691 2
שם המשפחה اسم العائلة	פרחי	פרחי
השם הפרטי الاسم الشخصي	צילה שושנה	צילה שושנה
המין الجنس	חיים הרצוג	חיים הרצוג
מס' דירה رقم البيت	1	1
תאריך הלידה تاريخ الميلاد	04.08.2019	04.08.2019
המקום בו נולדה مكان الميلاد	ראש העין	ראש העין
השם הפרטי الاسم الشخصي	רון ג'אן	רון ג'אן
השם הפרטי الاسم الشخصي	פרחי	פרחי
השם הפרטי الاسم الشخصي	נשואה	נשואה
השם הפרטי الاسم الشخصي	פרלמן	פרלמן
השם הפרטי الاسم الشخصي	פרלמן	פרלמן
השם הפרטי الاسم الشخصي	פרלמן	פרלמן

מדינת ישראל משרד הפנים	دولة اسرائيل وزارة الداخلية	ספח לתעודת זהות ملحق لبطاقة الهوية
מספר הזהות رقم الهوية	3 0092691 2	3 0092691 2
שם המשפחה اسم العائلة	פרחי	פרחי
השם הפרטי الاسم الشخصي	רומי	רומי
המין الجنس	נקבה	נקבה
תאריך הלידה تاريخ الميلاد	01.09.2016	01.09.2016
המקום בו נולדה مكان الميلاد	המעמד: אזרחות ישראלית	המעמד: אזרחות ישראלית
השם הפרטי الاسم الشخصي	רון ג'אן	רון ג'אן
השם הפרטי الاسم الشخصي	פרחי	פרחי
השם הפרטי الاسم الشخصي	נשואה	נשואה
השם הפרטי الاسم الشخصي	פרלמן	פרלמן
השם הפרטי الاسم الشخصي	פרלמן	פרלמן
השם הפרטי الاسم الشخصي	פרלמן	פרלמן

מספר הזהות رقم الهوية  
3 0092691 2

שם המשפחה: אסמ العائلة  
פרכי

**השם הפרטי האסמ השכסי**  
**צילה שושנה**

שם האב אסמ האב  
אנדרו

שם הסב اسم الجد  
הרי

שם האם اسم الام  
דבורה

מקום הלידה מְכָן הוֹלָדָה  
ישראל

המין הגנסי  
נקבה

קוד אבטחה  
58-36-38-63 00

מספר הכרטיס رقم البطاقة  
006676913

מעמד הוועד  
אזרחות ישראלית



6008 111305

## הודעה על המשך חברות מבוטח בקופת ביטוח – באמצעות מעסיק חדש (קבלת בעלות)

פרטי הסוכן	אבי זריפיאן	3852	שם המפקח	מס' המפקח
	שם הסוכן	מס' הסוכן		

- \* מיועד למבוטח אשר עובר למעסיק חדש בפוליסה/ות שאינה/ן מסולקת/ות
- \* לעדכון בחירות ביטוחיות ו/או מסלולי השקעה נדרש להמציא טופס 'בקשה לשינויים בפוליסת ביטוח מנהלים/קרן פנסיה לשכירים'.
- \* לעדכון סוכן ביטוח/יועץ פנסיוני/סוכנות, נדרש להמציא טופס 'הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות' – על פי נספח ב' או ב'.
- \* לעדכון פרטי מבוטח בקופת הביטוח נדרש להמציא 'טופס עדכון פרטים אישיים'.

פרטי המבוטח	פרטי	צילה
שם משפחה	שם פרטי	שם פרטי
3 0 0 9 2 6 9 1 2		ת.ז.

### 1. שינוי מעסיק

פרטי המעסיק	קדורקס	שם המעסיק / החברה	ע.מ. המעסיק / מס' חברה (ח"פ)	מס' קולקטיב בהפניקס	כתובת	מס' משיכה	טלפון
073-2050999	5 1 4 5 7 9 6 1 4						

- נדרש להמשיך את פוליסה/ות ביטוח המנהלים של המבוטח/ת אשר פרטיו מצויים לעיל החל מתאריך – **01/06/2021**.
- ☑ להלן: מס' פוליסה לעדכון/שינוי – **7505072012**
- ☑ גביה רגילה ○ גביה בשירות שיקים (יש למלא הוראת קבע לבנק)

שכר	% פיצויים	% תגמולי מעסיק	% תגמולי עובד	תקציב אובדן כושר עבודה
15752	8.33	6.5	6	○ עד 2.5%, הפיצוי החודשי יוקטן במידה והפרמיה עולה על תקציב זה (21) ○ גבוה מ 2.5% ועד _____, הפיצוי החודשי יוקטן במידה והפרמיה עולה על תקציב זה (21) ○ מתוך התקציב לתגמולים (1)

שכר חודשי מבוטח	ש"ח	תקבול	צמוד תוספת יוקר עם תקרה	צמוד תוספת יוקר בלי תקרה	תאריך תחילת העבודה
15752		☑	○	○	01/06/2021
		○ צמוד מדד			הצמדת שכר

### הצהרת העובד

ידוע לי כי ככל שחל עליי במועד חתימת הסכם זה הסדר ריסק זמני או הנני מפקיד באופן עצמאי לחשבון שבבעלותי, הרי שעם חתימתי על מסמך זה, יפסק הסדר הריסק האמור ולא יפרעו תשלומים לחשבון, אלא רק תשלומים מאת המעסיק החדש

### שליטה על מרכיב הפיצויים – יש לסמן אחת משלושת האפשרויות ולחתום\*

\* הצהרת המעסיק אינה חובה אלא אם נדרש לקבוע זכאות לגבי הפיצויים באמצעות אחד מהסעיפים מטה.

שליטה על צבירת מרכיב הפיצויים (ניתן לסמן אחד מהסעיפים)

☑ סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים, התשכ"ג – 1963

נא להחיל את הוראות סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים על מלוא ההפרשה לפיצויי פיטורים החל מתאריך: **01/06/2021**  
לתשומת לב! בפוליסות אשר בהן מופקדים כל כספי הפיצויים בכפוף לצו ההרחבה להסכם קיבוצי כללי לביטוח פנסיוני מקיף במשק, יחול סעיף 14 פיצויי פיטורים מתוקף הצו.

○ זכאות בלא תנאי (סעיף זה יחול על הפקדות שוטפות בלבד)

על כספי הפיצויים תחול זכאות בלא תנאי באופן מיידי ○ בתום 36 חודשי עבודה ○ אחר ○  
הסבר: פוליסה הכוללת הפרשות בגין פיצויי פיטורים קולטת כספים על חשבון או במקום חבות המעסיק לתשלום פיצויי פיטורים. המעסיק רשאי לייעד כספים ששולמו לתגמולים לתשלום חשבון מחויבותו על פי חוק פיצויי פיטורים עד לגובה הסכום החסר בחשבון הפיצויים, ובתנאי שחלף מועד שנקבע כמפורט מעלה וחתם לטובת העובד על "זכאות בלא תנאי". בתכנית שאינה משלמת קצבה ישולמו הפיצויים צמודים למדד או לרווחי השקעות (הגבוה מביניהם) – על פי תנאי הפוליסה וההפרש החסר אם ישנו, יושלם מתוך צבירת תגמולי המעסיק וזאת עד תום שבע שנים מיום הוצאת הפוליסה או מהיום שבו בוצע שינוי מעסיק, לפי המאוחר. בתכנית מסוג קצבה ישולמו הפיצויים כשהם צמודים למדד או לרווחי השקעות הגבוה מביניהם – על פי תנאי הפוליסה, וההפרש החסר אם ישנו, יושלם מתוך צבירת התגמולים ששולמו על ידי העובד והמעסיק וזאת ללא מגבלת זמן.

○ לא חלה על כספי הפיצויים אף אחת משתי האפשרויות מעלה.

X
חתימת מעסיק *

### חתימת העובד/ת

תאריך	שם המבוטח/ת	צילה פרטי	ת.ז.	חתימת המבוטח/ת
29/06/2021			3 0 0 9 2 6 9 1 2	X

תאריך 29/06/2021

לכבוד,

**קרדורקס** (שם המעסיק)

שלום רב,

להלן התחייבות מעסיק לתשלום לקופה בה בחר העובד, תוך 60 יום (תנאי למתן כיסוי ביטוחי לעמית שהתקבל לקרן וטרם הופקדו בגינו כספים) ו/או הנחיות לגבי שליטה בכספים שהופקדו למרכיב הפיצויים.

(חתימת סוכן)

לכבוד,

קרן הפנסיה /קופת גמל /קופת ביטוח

**הפניקס חברה לביטוח**

הנדון: **התחייבות מעסיק להעברת תשלומים ו/או שליטה ברכיב הפיצויים**

העובד/תצילה פרחי ת.ז. 300926912 המועסקת/ת בחברתנו בחר/ה להעביר דמי גמולים לקופה בניהולכם

רשמו לפניכם:

**הפניקס חברה לביטוח**

**התחייבות מעסיק להעברת תשלומים**

אני החתום מטה, מתחייב בשם **קרדורקס** (להלן: "המעסיק"), להעביר לגוף המוסדי \_\_\_\_\_, דמי גמולים ממועד העברת התחייבות זו. דמי הגמולים לעיל יועברו במהלך שני החודשים העוקבים למועד העברת התחייבות זו וידוע לי כי אם לא יועבר תשלום לגוף המוסדי במהלך שני החודשים העוקבים למועד העברת בקשה זו, לא יהיה העובד מבטח בביטוח למקרה נכות /אובדן כושר עבודה/מקרה מוות, לפי העניין, גם אם קיים ולפי בחירתו.

**קרדורקס 514579614**

חתימה וחותמת מעסיק  
מורשה חתימה אומת ע"י הסוכנות

**שליטה בכספים שהופקדו למרכיב הפיצויים (חובה לסמן אחת מהאפשרויות להלן):**

ניתן לסמן אחד מהסעיפים מטה. בהעדר סימון וחתימת המעסיק, ברירת המחדל בכל אחד מהסעיפים תהיה "לא קיים".	
<input checked="" type="checkbox"/> הסכם לפי סעיף 14	קיים בין העובד והמעסיק הסכם עבודה שחל עליו סעיף 14 לחוק פיצוי פיטורין התשכ"ג - 1963. לתשומת לב בפוליסות אשר בהן מופקדים כל כספי הפיצויים בכפוף לצו ההרחבה להסכם קיבוצי כללי לביטוח פנסיוני מקיף במשק, יחול סעיף 14 לחוק פיצוי פיטורים מתוקף הצו.
<input type="checkbox"/> ויתור אוטומטי	המעסיק מאשר, שהעובד יהיה זכאי למרכיב הפיצויים בכל מקרה, והוא מוותר בזאת ויתור בלתי מותנה על השליטה בכספי מרכיב הפיצויים והוא נותן בזאת הוראות בלתי חוזרות לחברה לשלם את מרכיב הפיצויים למבוטח.
<input type="checkbox"/> זכאות בלא תנאי	לעובד זכאות בלא תנאי לעניין משיכה ממרכיב הפיצויים. המעסיק מאשר כי העובד יהיה זכאי למשך את כספי הפיצויים ללא תנאי החל ביום _____ או בתום שלוש שנות עבודה של עובד אצל המעסיק ממועד תחילת העבודה הנקוב לעיל, המוקדם מבין המועדים הנ"ל. המעסיק מאשר כי זכותו של העובד ליתרת הכספים בפוליסת הביטוח לרבות מרכיב הפיצויים כאמור לעיל, הינה הוראה בלתי חוזרת למבטח לפעול בהתאם לקבוע לעיל בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי והיא איננה ניתנת לביטול או לשינוי. זכאותו של העובד כאמור לעיל לא תחול אם התקיימו התנאים המצדיקים פיטורים בלא פיצויים בהתאם לסעיפים 16 או 17 לחוק פיצוי פיטורין התשכ"ג - 1963. לידיעת המעסיק, במקרה של זכאות בלא תנאי קיימת נוסחה שונה לחישוב החיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים להבדיל ממרכיב התגמולים, העשויה לצמצם את הסכומים הנדרשים לצורך השלמת פיצויי הפיטורים בעת סיום עבודתו של העובד.

**קרדורקס 514579614**

חתימה וחותמת מעסיק  
מורשה חתימה אומת ע"י הסוכנות

לתשומת לב, העובד בחר מסלול שונה ממסלול ברירת המחדל.

☐ אישור לבחירת מסלול השקעה לרכיב הפיצויים, כאשר לא נחתם הסכם לפי סעיף 14 והעובד בחר בניהול רכיב הפיצויים במסלול שאינו ברירת המחדל.

**קרדורקס 514579614**

חתימה וחותמת מעסיק  
מורשה חתימה אומת ע"י הסוכנות



# 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

לכבוד: הפניקס חברה לביטוח 520023185 (שם הגוף המוסדי), (מספר ח.פ.)

מייפה הכוח (הלקוח):

שם: צילה פרחי מספר זיהוי: 3 0 0 9 2 6 9 1 2

כתובת: חיים הרצוג 1 ראש העין 4813947

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

שם (יחיד / תאגיד): מבטח סימון סוכנויות לביטוח בע"מ רישיון מס': 5 1 1 0 2 4 8 4 6

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

טלפון: 037966060 דוא"ל: wellcome@mvs.co.il

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני, ומי מטעמי, לפנות בשמי לגוף מוסדי המפורט לעיל 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 בקשות<sup>1</sup> להצטרפות למוצר או העברת בקשות<sup>2</sup> לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדיון. העברת מידע אודותי, 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
7505073010	520023185-0000000000000000-0000-000	<input type="checkbox"/>
7505072012	520023185-0000000000000000-0000-000	<input type="checkbox"/>
		<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 האירועים שדה "מספר קידוד אחיד" הוא שדה חובה.
- \* אם סימני 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 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 המוצרים 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.

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:

חתימת הלקוח	תאריך החתימה	שם סוכן הביטוח / היועץ הפנסיוני	אבי זריפיאן	חתימת סוכן הביטוח / היועץ הפנסיוני	תאריך החתימה
	29/06/2021				29/06/2021

- מי מטעמי - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות בפיקוח 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 - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוח, 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 שגורש.
- מוצר פנסיוני - מוצר פנסיוני שהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני שהגדרתה 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.