

טופס הצטרפות לקרן פנסיה

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

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

פרטי העמית						
אליהו		מתנה		302884671		24/12/1989
				מס' זהות / דרכון*		תאריך לידה*
שם פרטי*		שם משפחה*		שם משפחה קודם		מס' זהות / דרכון*
רמת גן				סוקולוב		9
יישוב*		ת.ד.		רחוב*		בית*
מיקוד						
לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שצינית בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישינם ברשותך בקבוצת הפניקס						
elimatana@gmail.com		054-7557595		03-7518816		<input type="radio"/> שכיר <input checked="" type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/> בעל שליטה <input type="radio"/> עצמאי באמצעות מעסיק
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
				♂ ♀

פרטי ילדים עד גיל 21				
שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות / דרכון	תאריך לידה	מין
				♂ ♀
				♂ ♀
				♂ ♀

פרטי המעסיק			
שם המעסיק*	כתובת המעסיק	ח.פ./עוסק מורשה	מספר טלפון*

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)	<input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 62 <input type="radio"/> 64 <input checked="" type="radio"/> 67
<input type="radio"/> מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 47 ומעלה) (11)	<input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 62 <input type="radio"/> 64 <input type="radio"/> 67
<input type="radio"/> מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) (12)	<input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 62 <input type="radio"/> 64 <input type="radio"/> 67
<input type="radio"/> מסלול ביטוח 75% לנכות ו- 40% לשאירים (13)	<input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 62 <input type="radio"/> 64 <input type="radio"/> 67
<input type="radio"/> מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 45 ומעלה) (14)	<input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 62 <input type="radio"/> 64 <input type="radio"/> 67
<input type="radio"/> מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו- 40% לשאירים (15)	<input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 62 <input type="radio"/> 64 <input type="radio"/> 67
<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)	<input type="radio"/> 60
<input type="radio"/> מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו- 60% לשאירים (17)	<input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 62 <input type="radio"/> 64 <input type="radio"/> 67

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

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 ההפרשות לרכיב תגמולי עובד ומעביד אשר מדווחים בגינן נמוכים מ-12.5%, שיעור הכיסוי שיחול על יקבע לפי נספח ב' המתאים לגילך עפ"י התקנון.

שישים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי הביטוח המפורטים בטבלה, תבטוח 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 (פרנציזה).
☐ אני מעוניין **לוותר** על הכיסוי לביטול תקופת אכשרה בתום תקופת הוויתור (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 וינוכח דמי ביטוח מחשבוני, אלא אם אודיע לחברה בכתב כי אני מעוניין/ת להמשיך 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.

- אני בן/בת 60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לסיכוני נכות

* "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.

כיסוי ביטוחי לבן נבחר עם מוגבלות				
אני מאשר כי ילדי עומד בהגדרה של "בן נבחר עם מוגבלות" ואני מבקש לרכוש עבורו כיסוי ביטוחי ל"בן נבחר עם מוגבלות". להלן פרטיו				
שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	מין
				נ ז
				נ ז

הערות:

- מובהר כי הכיסוי בתוקף רק במקרה שהעמית הינו עמית מבוסס (עמית שיש לו כיסוי ביטוחי לסיכוני נכות או כיסוי ביטוחי לסיכוני מוות) ולא יותר על כיסוי לשאירים או כיסוי לבן/ בת הזוג.
- מובהר כי קצבת השאירים עבור בן נבחר עם מוגבלות הינה על חשבון קצבת שארי אלמן/ה ובהתאם להוראות סעיף 99 לתקנון הקרן "קצבת שארים לבן נבחר עם מוגבלות".

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		
9974	50	מסלול לבני 50 ומטה		
9975	150	מסלול לבני 50 עד 60		
9976	250	מסלול לבני 60 ומעלה		
2187	60	הפניקס מסלול מניות	100%	
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		

מסלולי ההשקעה בקרן הפנסיה נבדלים ברמת הסיכון והתשואה הצפויה לכספיך המושקעים בקרן.

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		
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 כספיך 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)	<input type="radio"/> שיעור דמי ניהול מצבירה (שנתי)
<input type="radio"/> שיעור דמי ניהול מהפקדה (חודשי)	<input type="radio"/> 0.100 % <input type="radio"/> 1.500 %

שים לב!
 נוסף על דמי הניהול, רשאית החברה המנהלת לגבות מהנכסים המנוהלים בקופה הוצאות ישירות בשל ביצוע עסקאות.
 שיעורי ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מוצגים באתר האינטרנט של החברה המנהלת בכתובת:
<https://www.fnx.co.il/pension-savings/pension/fnx-all-embracing-pension/mekifa-direct-expenditure>

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: _____ שים לב! בחירה השונה משיעור ברירת המחדל של הקרן מותנה בהצגת אסמכתה שלפיה דמי הגמולים מההכנסה המבוטחת חושבו לפי שיעור שונה.	

פרטי תשלום של עמית עצמאי		
1000	ש"ח	18/06/2017
סכום הפקדה	תאריך תחילת גבייה	חודשי
	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:
☐ אני עמית פעיל בקרן פנסיה וותיקה.
☐ אני מבוטח פעיל בקופת ביטוח (ביטוח מנהלים).
☐ 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.

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 הדיוור 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.	
09/11/2021 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			
חן אלמוג	61471	037990314	חן אלמוג
שם פרטי	שם משפחה	מס' בעל רישיון	מס' סוכן בחברה
		שם סוכנות	חן אלמוג

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 אפטרופוס - (חובה ככל שאפטרופוס 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)			
09/11/2021	<input checked="" type="checkbox"/>		חתימת העמית*
09/11/2021	<input checked="" type="checkbox"/>		חתימת בעל רישיון
09/11/2021	<input checked="" type="checkbox"/>		חתימת אפטרופוס
09/11/2021			תאריך חתימה
09/11/2021			תאריך חתימה
09/11/2021			תאריך חתימה

איך תדאגי/י לפנסיה שלך?

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

1. ביטוח בקרן הפנסיה

קרא 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 מקרא הפנסיה קצבה חודשית לתקופת הנכות.
- ביטוח למקרה מוות** - אם תלך/תלכי לעולמך חס וחלילה בן/בת הזוג שלך יקבל קצבה חודשית מהקראן לכל ימי חייו/חיייה וילדיך יקבלו קצבה חודשית עד גיל 21.

- תוכלי/י לבחור מסלול ביטוח בקראן המתאים לצרכיך בכל עת באמצעות שליחת בקשה בעניין לקראן.
- אם אין לך בת/בן זוג וילדים, באפשרותך לוותר על כיסוי ביטוחי למקרה מוות. שים/שימי לב, עליך לחזור וליידע את הקראן כל שנתיים שלא חל שינוי במצבך, כדי שלא יגבו ממך את עלות הביטוח מחדש.
- בחמש השנים הראשונות בקראן פנסיה לא תקבלי/י פיצוי אם מקרה הביטוח נובע ממחלה שהייתה לך לפני שהצטרפת לקראן פנסיה.

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

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

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

3. דמי ניהול בקראן פנסיה

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

דמי ניהול ממוצעים בקראן בשנת 2020	מסך החיסכון	מההפקדה החודשית
	0.20%	2.1%

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

הצהרת בריאות – הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן:		כן	לא
גובה _____ משקל _____			
1	האם נקבעה לך נכות מטעם המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון או גורם אחר /או הינך נמצא בהליך לאישורה של נכות?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	האם אושפזת ו/או נדרשת לאישפוז (כולל אישפוז יום) במהלך 3 השנים האחרונות?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	האם חלית באחת או יותר מהמחלות שלהלן:		
א	מחלת לב וכלי דם	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ב	גידול שפיר או ממאיר (סרטן)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ג	מחלת נשימה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ד	מחלת כליות ודרכי שתן	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ה	מחלת עיכול, כבד, הפטיטיס או לבלב	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ו	מחלת חילוף חומרים כגון סוכרת או יתר שומנים בדם	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ז	מחלה נירולוגית כגון אירוע מוחי, טרשת נפוצה פרקינסון או אפילסיה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ח	בעיה או הפרעה נפשית	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ט	הפרעה או כאבים במערכת השלד או מחלה ראומטולוגית	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
י	נשא HIV, איידס	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	האם השתמשת אי פעם או הינך משתמש בסמים מכל סוג שהוא? – אם כן, פרט: _____ סוג _____ תדירות _____ מועד הפסקה _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	האם הינך צורך יותר מ- 14 פחיות/ כוסות של משקאות חריפים בשבוע?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	האם סבלת בשנה האחרונה מהידרדרות בתפקוד השכלי/ קוגניטיבי?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	האם הינך מעשן או עישנת בעבר? – אם כן ציין: _____ כמות סיגריות ליום _____ מועד הפסקת עישון _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	האם היית בלתי כשיר לעבודה ו/או נעדרת מהעבודה לפרק זמן העולה על 21 ימים ברציפות או על 30 ימים לא ברציפות במהלך 12 חודשי העבודה האחרונים?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	האם הינך מקבל ו/או קיבלת/ נדרשת לטיפול תרופתי לתקופה העולה על 3 חודשים (בשל כל אירוע שהוא לרבות האבחנות לעיל)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

חתימה				
09/11/2021	אליהו	מתנה	302884671	X
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח

ויתור על סודיות רפואית		
<p>אני הח"מ נותנת/ בזאת רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדי הרפואיים האחרים ו/או למוסדותי הרפואיים או סניפיו, וכן, לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לחברות הביטוח, לשלטונות צה"ל ולמשרד הביטחון למסור להפניקס פנסיה וגמל בע"מ ו/או להפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: המבקש) את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, והנני משחרר/ אתכם וכל רופא מרפואיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל, ומוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, וכן הנני מיפה את המבקש לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.</p>		
09/11/2021		X
תאריך		חתימת המועמד לביטוח בקרן הפנסיה

אישור יועץ פנסיוני / סוכן ביטוח פנסיוני			
הריני מאשר כי המבוטח חתם על הבקשה לאחר שקבל יעוץ על פי חוק הפיקוח על נכסים פנסיוניים (עיסוק ביעוץ פנסיוני ובשיוק פנסיוני) התשס"ה 2005.			
09/11/2021	חן אלמוג	037990314	X
תאריך	שם	מס' רשיון	חתימת יועץ פנסיוני/ סוכן ביטוח פנסיוני

טופס מינוי מוטבים

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת			
○ הפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ	הפניקס פנסיה מקיפה	209	
שם החברה המנהלת	שם קרן הפנסיה	קוד קרן הפנסיה	מספר חשבון של העמית בקרן

פרטי העמית						
אליהו מתנה			302884671	24/12/1989	<input checked="" type="radio"/> א <input type="radio"/> נ	<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> ידוע בציבור
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין*	מצב משפחתי

להלן פרטי המוטבים שאני ממנה כזכאים לכספים הרשומים לזכותי בקרן ו/או בפוליסה לאחר מותי והכל בכפוף לתנאים שנקבעו בתקנון הקרן:

שם פרטי*	שם משפחה*	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה	כתובת	קרבת משפחה	חלק ב- %*
סה"כ:						100%

* ככל שלא ימולא החלק של המוטב באחוזים, בעת הפטירה יחולקו הסכומים והתגמולים באופן שווה בין המוטבים.

ככל שאחד המוטבים המפורטים לעיל ילך לעולמו לפני, אני מורה כי הסכומים והתגמולים שהיו אמורים להיות משולמים לו לאחר פטירת י' יועברו לאנשים הבאים:

○ לשאר המוטבים בחלקים שווים

○ לשאר המוטבים באופן יחסי לחלקם

○ ליורשיי החוקיים (על פי צו ירושה או צו קיום צוואה)

○ אחר: __

הערה:

בהיעדר שאירים (בקרן פנסיה) ובהיעדר הוראה לעניין מינוי מוטבים במועד קרות האירוע המזכה, הסכומים יועברו ליורשי על פי דין או על פי צוואה והכל בכפוף להוראות התקנון.

אישורים

ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול קופת הפנסיה שלי ותפעולה, ובכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות, תקנות הגנת הפרטיות, והנחיות רשם מאגרי מידע בהתאם לסמכותו לפי חוק הגנת הפרטיות.

○ 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 הדיוור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל: Infom@fnx.co.il

או לכתובת: דרך השלום 53, גבעתיים 5345433.

09/11/2021	X	09/11/2021
חתימת העמית*		תאריך חתימה

פרטי בעל רישיון				
חן אלמוג	61471	037990314	חן אלמוג	
שם פרטי	שם משפחה	מס' בעל רישיון	מס' סוכן בחברה	שם סוכנות

<p>הצהרת בעל רישיון</p> <p>אני, _____ חן אלמוג</p> <p>שפרטיו לעיל, מצהיר בזאת ומאשר כי הוראת מוטבים זו נחתמה לפני ו/או מולאה לבקשת העמית לאחר שהעמית זוהה על ידי.</p>	
<p>09/11/2021</p> <p>חתימת בעל רישיון</p>	<p>09/11/2021</p> <p>תאריך חתימה</p>

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

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

(צורף מסמך זהו של הלקוח מייפה הכוח)

לכבוד (סמן את האפשרות הרצויה)		
<input type="radio"/> הפניקס חברה לביטוח בע"מ <input type="radio"/> הפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ		
מייפה הכוח (הלקוח)		
אליהו מתנה	302884671	סוקולוב 9 רמת גן 5256405
שם	מס' ת.ז.	כתובת
מיופה הכוח (במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו תאגיד):		
חן אלמוג	037990314	61471
שם (יחיד / תאגיד)	רישיון מס'	מס' סוכן
אשר הינו (סמן את האפשרות המתאימה): <input type="radio"/> (1) יועץ פנסיוני <input checked="" type="radio"/> (2) סוכן ביטוח פנסיוני		
052-5774739		ins@chenalmog.co.il
טלפון		דואר אלקטרוני

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של בעל הרישיון מי מטעמו, לפנות בשמי לכל גוף מוסדי המפורט לעיל לשם קבלת מידע אודות מוצרים פנסיוניים ותכנית ביטוח הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשות להצטרפות למוצר או העברת בקשות לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. 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 (רשות)	(3) סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל
	513026484000000000002090000000	<input type="radio"/>
302884671	512065202000000000001630000000	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>
		<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"יפוי הכוח את טפסי ההצטרפות, ויפוי 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 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.

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 _____.

09/11/2021					
תאריך החתימה	חתימת הלקוח	09/11/2021			
09/11/2021	חן אלמוג				
תאריך החתימה	שם סוכן הביטוח / היועץ הפנסיוני	חתימת סוכן הביטוח / היועץ הפנסיוני			

- "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 (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), התשע"ב-2012.
- "גוף מוסדי" - כל אחד מאלה: חברה לביטוח 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 מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש.
- "מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31(2)(ז) לחוק הייעוץ הפנסיוני.
- "תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.

לשימוש פנימי	מס' פוליסה / הצעה	מס' קולקטיב
--------------	-------------------	-------------

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

09/11/2021
תאריך

לכבוד

31	23	276189	הבנק הבינלאומי הראשון לישראל בע"מ
בנק	סניף	מס' חשבון	מגדלי ויטה
		6 1 1	סניף ("הבנק")
אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	שם המוסד (המוטב)	קוד מוסד (המוטב)	<input type="radio"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. <input type="radio"/> או - הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות: <input checked="" type="radio"/> תקרת סכום החיוב: 1000 ש"ח. <input type="radio"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום _____. לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

1	אני/אנו הח"מ אליהו מתנה מס' זהות 302884671 ח.פ. ("הלקוח/ות")
	שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק
	מבקשים בזה להקים בחשבוני/נו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוני/נו, בסכומים ובמועדים שימצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
2	<p>כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:</p> <p>א. עלי/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.</p> <p>ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב ממני/מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.</p> <p>ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב מסוים, ולבדד 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.</p> <p>ד. אהיה/נהיה רשאי/ים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.</p> <p>ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שביני/נו לבין המוטב.</p> <p>ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.</p> <p>ז. אם תענו לבקשתי/נו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שביני/נו לבין הבנק.</p> <p>ח. הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.</p>
3	אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
	09/11/2021 X
	חתימת הלקוח/ות

פרטי ההרשאה

סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת ע"י "הפניקס" על פי תנאי הפוליסה ו/או תנאי התקנונים של הקרנות ו/או הקופות כפי שיהיו מעת לעת. אם יישלחו 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.

X	חתימת בעל/י החשבון
---	--------------------

אישור הסוכן/ת

הנני מאשר/ת בזה כי ביום 09/11/2021 הופיע בפני הלקוח אליהו מתנה אשר זיהה עצמו באמצעות תעודת זהות או רישיון נהיגה מס' 302884671, ואחרי שבדקתי כי הינו בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק, חתם על מסמך זה בפני.	חן אלמוג	מס' הסוכן/הסוכנת	תאריך
09/11/2021	61471	חתימה + חותמת סוכנות	09/11/2021

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

קוד מסמך 514

אישור מעסיק לבחירת מסלול השקעה לכספי פיצויים

הפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ (להלן: "החברה")

61471	חן אלמוג	
מספר חשבון	שם יועץ / הסוכן / משווק פנסיוני	מספר יועץ / הסוכן / משווק פנסיוני

פרטי העמית				
אליהו	מתנה	302884671	03-7518816	elimatana@gmail.com
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	טלפון	דואר אלקטרוני

העברת הטופס ישירות לחברה, הינה תנאי מקדים לביצוע הבקשה בהתאם לתנאי הפוליסה.
יש להעביר את הטופס באמצעות המייל לכתובת sherutlife@fnx.co.il או לפקס מס' 03-7336948.

אישור המעסיק לבחירת מסלול השקעה לכספי פיצויים

יש לחתום על סעיף זה אם נבחר מסלול השקעה לפיצויים שונה ממסלול ברירת מחדל – "מודל תלוי גיל".	09/11/2021	X
תאריך	חתימה וחותמת המעסיק	

חתימת העמית		
09/11/2021	אליהו מתנה	X
תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימת העמית

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.

נתונים טכניים עבור ממשק שיגורים - לשימוש פנימי בהפניקס

6250

16

6.5

6

טופס בקשה להעברת כספים להפניקס פנסיה וגמל בע"מ (להלן: "החברה") נספח א - חלק 1 קוד מסמך 2308

חן אלמוג שם הסוכן	61471 מס' הסוכן	עמית - פעיל עמית - לא פעיל
		בקופה המקבלת

העברה לקרן פנסיה (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.

מס' חשבון מקיפה פנסיה 163
מס' חשבון מקיפה גמל 671/1

שם הגוף המנהל של קופת הגמל (העברה) (שם קופת הגמל המעבירה ומס' מ"ה) 209/1
שם הגוף המנהל של קופת הגמל (העברה) (שם קופת הגמל המקבלת ומס' מ"ה) 671/1

הנדון: בקשה להעברת כספים ל- ○ הפניקס פנסיה מקיפה מספר אישור מ"ה 209/1 ○ הפניקס פנסיה כללית מספר אישור מ"ה 671/1	מצי"ב בקשתו של אלהינו מתנה (שם העמית) להעברת כספים מחשבונו אצלכם, כמפורט להלן, במסגרת המשך לבקשה, אנו מתחייבים בזאת בהתחייבות בלתי חוזרת לקבל את הכספים ולשאת באחריות הביטוחית לגבי 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). ○ בהעברה מקופת גמל שאינה קרן חדשה זכאית לקרן חדשה זכאית - הסכום המרבי שניתן להעביר לפי תקנה 2(ד1) לתקנות, בעד כל שנת ותק בקופה המעבירה, הוא שקלים חדשים. לכל מונח במסמך זה תהא המשמעות הנודעת לו בתקנות, אלא אם כן נקבע בו במפורש אחרת.
---	--

פרטי העמית	מס' חשבון מקיפה פנסיה 302884671	אלהינו	מתנה
שם משפחה	ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה
סוקולוב רמת גן 5256405	עמית פעיל	עמית לא פעיל	עמית לא פעיל
כתובת	בקופת הגמל המעבירה		

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

1	אני מצהיר כי קיבלתי את התנאים לעניין הכיסוי הביטוחי ב- הפניקס פנסיה מקיפה - (שם קופת הגמל המקבלת) הפניקס מסלול מניות	חתימת העמית
		09/11/2021

לגבי עמית נתון לאפוטרופוס	שם האפוטרופוס	ת.ז.	חתימת האפוטרופוס
---------------------------	---------------	------	------------------

2	אני מבקש להעביר את (יש לסמן אפשרות אחת בלבד): ○ סכום להעברה ○ שיעור מתוך הסכומים שנצברו לזכות העמית בחשבונו לפי העניין % ○ סכום הכספים שהופקדו בחשבון עד יום ○ סכום הכספים שהופקדו בחשבון החל מיום במסלולי ההשקעה כל מסלולי ההשקעה (ברירת מחדל) שם מסלול או מסלולי ההשקעה מהם העמית ירצה להעביר ירצה להעביר את הכספים שנצברו לזכותו	שנצברו לזכותי בכל מרכיבי החשבון (ברירת מחדל) במרכיבי הפיצויים במרכיבי התגמולים
3	מספר חשבון בקופת הגמל המעבירה 302884671 מספר חשבון בקופת הגמל המקבלת ולאחר שקראתי בעיון את התנאים שנקבעו לעניין הכיסוי הביטוחי בקופת הגמל המקבל והוסברו לי תנאים אלה היטב, כלל שנקבעו תנאים כאמור. לידיעתך ברירת המחדל להעברת הכספים, במידה שלא ציינת את סך היתרה שתועבר לקופה המקבלת, מרכיבי החשבון שמהם יועברו הכספים או את מסלולי ההשקעה שמהם תרצה להעביר את הכספים, היא העברת מלוא הכספים שנצברו בחשבונך בקופה המעבירה, בכל מרכיבי החשבון ובכל מסלולי ההשקעה	אישור מ"ה פנסיה מקיפה הפניקס פנסיה מקיפה - הפניקס מסלול מניות

אני נותן בזה את הסכמתי לכך שתמסרו את כל הפרטים, הנתונים והמסמכים שיש לכם לגבי, ובכלל זה פירוט בדבר התנאים או הסייגים שנקבעו לגבי בקופה המעבירה לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכונים מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכונים נכות - ככל שנקבעו, ואשר נדרשים לפי הוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר לפי סעיף 273(ד) לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ח-2005, להפניקס פנסיה וגמל בע"מ.

ידוע לי כי החל במועד הקובע* ואילך תהיו פטורים מלשלם לי כל תשלום שהוא, לרבות בשל חבות ביטוחית, הנובע מהכספים שהועברו לקופת הגמל המקבלת.

אני מצהיר, כי למיטב ידיעתי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו מתקיימים כל התנאים המפורטים להלן:
1. לא קיים צו עיקול על חשבונך בקופה המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל;
2. לא קיים שעבוד שנועשה כדין על חשבונך בקופה המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל;
3. לא קיימת בחשבונך בקופה 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 זקנה מהקופה המעבירה שעודה תלויה ועומדת ולא אושרה זכאותי לקבלת קצבת זקנה 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 לקופה המקבלת.

6	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 הראשונה ב- (שם קופת הגמל המקבלת) כספים, אלא אם כן אודיע להפניקס פנסיה וגמל בע"מ כי לא יופקדו בשלי כספים ב- כמו כן ידוע לי כי אם אודיע כאמור, אחשב לעניין המועד הקובע כעמית לא פעיל. ○ אני מבקש כבר עכשיו להודיע כי לא יופקדו בשלי כספים לקופה המקבלת.	הפניקס פנסיה מקיפה - הפניקס מסלול מניות הפניקס פנסיה מקיפה - הפניקס מסלול מניות
---	---	---

אלהינו מתנה	לגבי עמית	נתון לאפוטרופוס	שם האפוטרופוס	חתימת האפוטרופוס
09/11/2021	09/11/2021			

7	<input checked="" type="checkbox"/> לגבי עמית פעיל שעובר לקרן חדשה בלבד - <input checked="" type="checkbox"/> אני מצהיר כי למיטב ידיעתי הקופה המעבירה לא קבעה לגבי תנאים או סייגים לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכונים מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכונים נכות; <input checked="" type="checkbox"/> אני מצהיר כי למיטב ידיעתי הקופה המעבירה קבעה לגבי תנאים או סייגים לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכונים נכות או הכיסוי הביטוחי לסיכונים נכות אחייב בצבירת תקופת אכשרה מחדש בקרן המקבלת. <input type="checkbox"/> ידוע לי כי ככל שנקבעו לגבי תנאים או סייגים לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכונים נכות או הכיסוי הביטוחי לסיכונים נכות אחייב בצבירת תקופת אכשרה מחדש בקרן המקבלת. <input type="checkbox"/> בהעברה מקופת גמל שאינה קרן חדשה זכאית לקרן חדשה זכאית במידה שיתרת הכספים המועברים לפי סעיף 2 לעיל עולים על הסכום המרבי, אני נותן בזה את הסכמתי לכך שההפרש שבין היתרה האמורה לבין הסכום המרבי יועבר ל- (מספר אישור מס הכנסה של קופת הגמל המקבל ככל שאינה קופת ביטוח) שם קופת הגמל המקבלת הפניקס פנסיה מספר החשבון בקופת הגמל המקבלת ⁽⁴⁾	לגבי עמית	נתון לאפוטרופוס	שם האפוטרופוס	חתימת האפוטרופוס

חתימתי על בקשה זו נעשית לאחר שקראתי אותה במיטב ידיעתי, ולאחר ששקלתי את האמור בה וגמרתי אומר להתחייב בה.
לידיעתך, בקשת העברה זו ניתנת לביטול ובלבד שהכסף יועבר. ביטול "יעשה על-ידי חתימה על טופס הודעת ביטול והעברתו לקופה המעבירה (הקופה ממנה מועברים הכספים). העברת הטופס אפשרית, בין היתר, בפקס, בדואר או בדוא"ל.

ולראיה באתי על חתום	תאריך	09/11/2021
	חתימת העמית	09/11/2021

לגבי עמית נתון לאפוטרופוס	שם האפוטרופוס	תאריך	09/11/2021	חתימת האפוטרופוס
---------------------------	---------------	-------	------------	------------------

אנא העבר את הטופס לכתובת מייל: maavar_amitimp@fnx.co.il

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.

השם הפרטי الاسم الشخصي
אליהו

שם המשפחה اسم العائلة
מתנה

מספר הזהות رقم الهوية
3 0288467 1

שם האב اسم الأب
ששון יואל

שם הסב اسم الجد
אליהו

שם האם اسم الأم
צפורה

מקום הלידה مكان الولادة
ישראל

המין الجنس
זכר

מעמד الوضع
אזרחות ישראלית

מספר הכרטיס رقم البطاقة
009056058

112543 203345



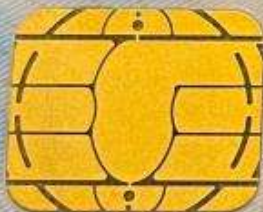
קוד אבטחה

משרד הפנים
وزارة الداخلية



מדינת ישראל
دولة اسرائيل

תעודת זהות
بطاقة هوية



שם המשפחה اسم العائلة
מתנה

השם הפרטי الاسم الشخصي
אליהו

תאריך הלידה تاريخ الولادة
כ"ו בכסלו התש"ן
24.12.1989

תאריך הנפקה تاريخ الاصدار
כ"ה בתשרי התש"פ
24.10.2019

בחוקף עד סארי המפעול حتى
י"ג בחשוון התש"ץ
22.10.2029



מספר הזהות رقم الهوية
3 0288467 1

3 0288467 1

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	אליהו מתנה	elimatana@gmail.com	0547557595	77.125.68.19	12:57:17 09/11/2021
2	סוכן	חן אלמוג	ins@chenalmog.co.il	0549778353	84.110.38.34	13:29:18 09/11/2021