

הרשאה מתמשכת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות
(מינוי סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני) (נספח ב1)

הרשאה זו מתייחסת לכל סוגי המוצרים הפנסיוניים שברשותי ולכל המוצרים הפנסיוניים שברשותי, ומוצרי הביטוח שברשותי, למעט אלו המוצגים במפורש, ומבטלת כל ייפוי כוח של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר

(☒ צורך מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

מייפה הכוח (הלקוח):

3 0 5 6 8 0 4 0 7

מספר זיהוי

שם: **רינתה ניסן**

כתובת: **קרית משה 13 ירושלים 9610215**

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

5 1 4 1 5 4 2 3 6

רישיון מס

שם (יחיד/תאגיד): **שקל סוכנות לביטוח 2008 בע"מ**

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

טלפון **03-9282111** מייל **callcenter@shekelgroup.co.il**

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 בקשותי להצטרפות למוצר פנסיוני או לתכנית ביטוח העברת בקשותי לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. אם מיופה הכוח הוא יועץ פנסיוני, יחול ייפוי הכוח עבור תכניות ביטוח, למידע בלבד. העברת מידע אודותי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית.

תחולת ההרשאה .1

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 פנסיוניים) (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 שהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני שהגדרתו בסעיף 31ט(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 תכניות 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:

12/04/2021

תאריך החתימה

חתימת הלקוח

12/04/2021

תאריך החתימה

חתימת סוכן הביטוח או
היועץ פנסיוני

אריאל וייס - שקל
שקל

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)

לכבוד _____
(שם הגוף המוסדי), (מספר ח.פ.)

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

שם הלקוח: רינתיה ניסן מספר זיהוי

3	0	5	6	8	0	4	0	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

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.

ולראיה באתי על החתום:

<u>12/04/2021</u> תאריך החתימה	<hr/> חתימת הלקוח	
<u>12/04/2021</u> תאריך החתימה	<hr/> חתימת סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני	<hr/> 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.

בהמשך להרשאה עליה חתמתי ובמסגרתה הענקתי ייפוי כוח ל- שקל סוכנות לביטוח 2008 בע"מ
לקבל מידע מגופים מוסדיים וכן להעביר בשמי בקשות לביצוע פעולות, להלן רשימת הגופים המוסדיים בהם מתנהלות
תוכניות פנסיוניות על שמי ואליהם אבקש כי תפנו הרשאה לייפוי כוח זה.

חברות ביטוח

_____	_____	<input type="checkbox"/> גוף מוסדי
_____ מספר סוכן	_____	
_____	_____	<input type="checkbox"/> גוף מוסדי
_____ מספר סוכן	_____	
_____	_____	<input type="checkbox"/> גוף מוסדי
_____ מספר סוכן	_____	
_____	_____	<input type="checkbox"/> גוף מוסדי
_____ מספר סוכן	_____	
_____	_____	<input type="checkbox"/> גוף מוסדי
_____ מספר סוכן	_____	

קרנות פנסיה

_____	_____	<input checked="" type="checkbox"/> גוף מוסדי הפניקס פנסיה
_____ מספר סוכן 869	_____	
_____	_____	<input type="checkbox"/> גוף מוסדי
_____ מספר סוכן	_____	
_____	_____	<input type="checkbox"/> גוף מוסדי
_____ מספר סוכן	_____	
_____	_____	<input type="checkbox"/> גוף מוסדי
_____ מספר סוכן	_____	
_____	_____	<input type="checkbox"/> גוף מוסדי
_____ מספר סוכן	_____	

קופות גמל

_____	_____	<input type="checkbox"/> גוף מוסדי
_____ מספר סוכן	_____	
_____	_____	<input type="checkbox"/> גוף מוסדי
_____ מספר סוכן	_____	
_____	_____	<input type="checkbox"/> גוף מוסדי
_____ מספר סוכן	_____	
_____	_____	<input type="checkbox"/> גוף מוסדי
_____ מספר סוכן	_____	
_____	_____	<input type="checkbox"/> גוף מוסדי
_____ מספר סוכן	_____	

קרנות השתלמות

_____	_____	<input type="checkbox"/> גוף מוסדי
_____ מספר סוכן	_____	
_____	_____	<input type="checkbox"/> גוף מוסדי
_____ מספר סוכן	_____	
_____	_____	<input type="checkbox"/> גוף מוסדי
_____ מספר סוכן	_____	
_____	_____	<input type="checkbox"/> גוף מוסדי
_____ מספר סוכן	_____	
_____	_____	<input type="checkbox"/> גוף מוסדי
_____ מספר סוכן	_____	

האם ייפוי כוח לצורך קבלת מידע טרום פגישה ? ☐ כן ☐ לא

שם הלקוח רינתיה ניסן _____ מספר זהות 7 0 4 0 8 6 5 0 3 חתימה _____