

מסלול לזמן פרישה (קצבה מיידיית או קצבה נדחית)

מסלול למנהלים ושכירים / מסלול לעצמאים

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

פרטי סוכן/יועץ			
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					
שם משפחה	שם פרטי	מין	ר ○ נ ○ ג ○ א	ת.ז.	תאריך לידה
קופת חולים	מקצוע	עיסוק בפועל	טלפון	נייד	

כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.	מיקוד	דואר אלקטרוני
--------------	-----	------	-----------	------	-------	---------------

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

FATCA ו-CRS בעל הפוליסה (יש למלא במקרה של עמית עצמאי)

שם פרטי באנגלית	שם משפחה באנגלית
האם אתה אזרח ארה"ב? ○ כן ○ לא האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? ○ כן ○ לא ארץ לידה: _____ * 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' אנה 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 שציינתי וכי חתמתי על הצעה זו ולרבות ההצהרות שבה נעשתה בישראל.
 בחתימתי הנני מאשר כי הבנתי את משמעות הצהרותי וכי הנני מסכים לאמור בהן.

תאריך חתימה	חתימת בעל הפוליסה
	X

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).

חתימת המועמד לביטוח	חתימת בעל הפוליסה
X	X

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.

חתימת המועמד לביטוח	חתימת בעל הפוליסה
X	X

הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת

הנני מסכים כי המידע אודותי יישמש 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.

חתימת המועמד לביטוח	חתימת בעל הפוליסה
X	X

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 זיהוי			
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	מדינת ההנפקה של הדרכון

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 משפחה²: 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 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 _____

← תחום העיסוק של העסק	
<input type="radio"/> יהלומים 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 type="radio"/> אחר (פרט): _____

← 1. מטרת ההתקשרות, מקור הכספים והפעילות המתוכננת	
1. מטרת פתיחת החשבון או חוזה ביטוח החיים:	
<input type="radio"/> חיסכון לטווח קצר (עד שנתיים)	<input 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 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) _____	
4. תדירות הפקדות צפויה	
<input 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 type="radio"/> העברה בנקאית	
6. האם צפויות הפקדות/משיכות בחשבון/חוזה ביטוח חיים מ/אל מדינה זרה? <input type="radio"/> כן <input 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 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 type="radio"/> לא	
<input checked="" type="checkbox"/>	
תאריך	שם
חתימה	
2. הריני מצהירה/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה מלא ומהימן, ואני מתחייבת/לדווח על כל שינוי בהצהרתי זו.	
<input checked="" type="checkbox"/>	
תאריך	שם
חתימה	

שאלון מוגבר
מה מקור משאביך הפיננסיים ?

<input type="radio"/> שכר מעבודה תפקיד אחרון: _____ שם המעסיק: _____	<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: _____
<input type="radio"/> דיבידנד <input type="radio"/> תקבולים מעסק <input type="radio"/> ירושה <input type="radio"/> ריבית מחסכונות <input type="radio"/> פנסיה תפקיד אחרון טרם פרישה: _____ שם המעסיק טרם פרישה: _____	

מהי הכנסתך החודשית ברוטו?

עד 25,000 ש"ח בין 25,001 ש"ח עד 50,000 ש"ח בין 50,001 ש"ח עד 100,000 ש"ח 100,001 ש"ח ומעלה

האם קיימות פוליסות / קופות נוספות בחברה הקשורות אליך? (מלבד פוליסות/קופות הרשומות על שמך)

כן, פרט: _____
 לא כן, פרט: _____

תאריך	שם	חתימה
		X

שירותי עדכון באמצעות מסרון (SMS) לזכרון 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 הניוד). באמצעות מסרון SMS למספר הטלפון הנייד המצוין מטה או לכל מספר טלפון נייד אחר שאמסור לכם בעתיד.

אישור סוכן הביטוח לקבלת מסרון

שם	שם משפחה	מס' טלפון נייד	מס' טלפון נייד נוסף	חתימת סוכן הביטוח

מינוי מוטבים - למועמד לביטוח

שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים	למקרה מוות
				<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2			
				<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2			
				<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2			
				<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2			

* 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)

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

 קצבה מיידית* (111)

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

תוכנית ביטוח	דמי ניהול מצבירה	סכום הפקדה חד פעמית
<input type="radio"/> הפקדה לקופה משלמת קצבה	<input type="radio"/> 1.05% <input type="radio"/> אחר _____	ש"ח _____
<input type="radio"/> הפקדה לקופה שאינה משלמת קצבה	<input type="radio"/> 1.05% <input type="radio"/> 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="radio"/> מודל תלוי גיל* (9999) (ברירת מחדל)	%	%	<input type="radio"/> מדדי אג"ח חו"ל (17)	%	%
<input type="radio"/> מסלול לבני 50 ומטה** (314)	%	%	<input type="radio"/> אג"ח עד 25% מניות (116)	%	%
<input type="radio"/> מסלול לבני 50 עד 60** (114)	%	%	<input type="radio"/> הלכה (117)	%	%
<input type="radio"/> מסלול לבני 60 ומעלה** (214)	%	%	<input type="radio"/> מודל תלוי גיל פאסיבי* (8888)	%	%
<input type="radio"/> אג"ח (11)	%	%	<input type="radio"/> מסלול פאסיבי לבני 50 ומטה** (241)	%	%
<input type="radio"/> מניות (115)	%	%	<input type="radio"/> מסלול פאסיבי לבני 50 עד 60** (242)	%	%
<input type="radio"/> מחקת מדד S&P 500 (16)	%	%	<input type="radio"/> 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 - למבוטחים מגיל 60 ומעלה יינתן מקדם קצבה מובטח באופן אוטומטי
התחייבויות והצהרות, בעל הפוליסה והמועמד לביטוח (המבוטח)

שם המועמד לביטוח	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 תנאי תנאי חוזה במהלכם יחולו תנאי ההצעה הנגדית. ככל שתנאי ההצעה הנגדית לא יאושרו תוך פרק זמן זה תבוטל הפוליסה. ידוע לי שחזרה 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 שככל 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 לגופיים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה, לסוכן הביטוח המטפל ולגוף האחראי על דיווח בנושא FATCA ו-CRS.	
תאריך	_____
חתימת המועמד לביטוח	X _____

טופס הצהרת בעל פוליסה/מבוטח/עמית

תוספת שנייה - (סעיף 5 (ד))

מס' הפוליסה/החשבון: _____ שם קופת הגמל: _____

אני: _____ (שם בעל הפוליסה/המבוטח/העמית), בעל מס' זהות: _____

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.

<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה	תאריך
-------------------------------------	-------	-------

- לרבות שם המדינה שבה הוצא מסמך הזיהוי.
- 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 להחתיים 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
דואר אלקטרוני			מיקוד
האם ברצונך לקבל לכתובת מייל הזאת את דוח תחזית הגביה <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			

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".

<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת וחותמת המעסיק	תאריך
-------------------------------------	---------------------	-------

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

נספח א - חלק 1

בקשה להעברת כספים להפניקס חברה לביטוח בע"מ

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.

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 _____ (שם העמית) להעברת כספים מחשבונו אצלכם, כמפורט להלן. בהמשך לבקשה, אנו מתחייבים בזאת בהתחייבות בלתי חוזרת לקבל את הכספים ולשאת באחריות הביטוחית לגבי _____ (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

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה
כתובת		בקופת הגמל המעבירה	
עמית פעיל <input type="radio"/>		עמית לא פעיל <input type="radio"/>	

בקשת העברה

1 אני מצהיר כי קיבלתי את התנאים לעניין הכיסוי הביטוחי ב _____ (שם קופת הגמל המקבלת) וכי הוסבר לי תנאים אלה, ככל שנקבעו תנאים כאמור.

2 לגבי עמית נתון לאפטרופוס

שם האפטרופוס	ת.ז.	חתימת האפטרופוס
--------------	------	-----------------

3 אני מבקש להעביר את (יש לסמן אפשרות אחת בלבד):

- מלוא הכספים (ברירת מחדל)
- סכום להעברה ש"ח _____
- שיעור מתוך הסכומים שנצברו לזכות העמית בחשבוננו לפי העניין % _____
- סכום הכספים שהופקדו בחשבון עד יום _____
- סכום הכספים שהופקדו בחשבון החל מיום _____

4 במסלול ההשקעה

- כל מסלולי ההשקעה (ברירת מחדל)
- שם מסלול או מסלולי ההשקעה מהם העמית ירצה להעביר ירצה להעביר את הכספים שנצברו לזכותו _____

מספר חשבון בקופת הגמל המעבירה	שם קופת הגמל המעבירה
מספר החשבון בקופת הגמל המקבלת	שם קופת הגמל המקבלת

ולאחר שקראתי בעיון את התנאים שנקבעו לעניין הכיסוי הביטוחי בקופת הגמל המקבל והוסבר לי תנאים אלה היטב, ככל שנקבעו תנאים כאמור. לידעתך 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.

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 בקופה המעבירה לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכוני מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכוני נכות - ככל שנקבעו, ואשר נדרשים לפי הוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר לפי סעיף 223 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:

- לא קיים צו עיקול על חשבוני בקופה המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל;
- לא קיים שעבוד שנעשה כדין על חשבוני בקופה המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל;
- לא קיימת בחשבוני בקופה המעבירה יתרת חוב בשל הלואה שטרם נפרעה במלואה;
- לא התחלתי לקבל קצבת זקנה מהקופה המעבירה בגין הסכום להעברה;
- 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 העברה ולא תבוצע העברת כספים לקופה 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 _____ (שם קופת הגמל המקבלת) כספים, אלא אם כן אודיע להפניקס חברה לביטוח בע"מ כי לא יופקדו בשלי כספים ב _____ (שם קופת הגמל המקבלת). 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.

שם העמית	תאריך	חתימת העמית
----------	-------	-------------

לגבי עמית נתון לאפטרופוס

שם האפטרופוס	ת.ז.	חתימת האפטרופוס
--------------	------	-----------------

6 חתימתי על בקשה זו נעשית לאחר שקראתי אותה והוסבר לי היטב, ולאחר ששקלתי את האמור בה וגמרתי אומר להתחייב בה. לידעתך, בקשת העברה זו ניתנת לביטול ובלבד שהכספים טרם הועברו. ביטול ייעשה 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	חתימת העמית
-------	-------------

לגבי עמית נתון לאפטרופוס

שם האפטרופוס	ת.ז.	חתימת האפטרופוס
--------------	------	-----------------

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 _____

<input checked="" type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
חתימת העמית	תאריך	שם העמית	
<input checked="" type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
חתימת האפוטרופוס	ת.ז.	שם האפוטרופוס	לגבי עמית נתון לאפוטרופוסות

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 (סמן את האפשרות הרצויה)	
○ הפניקס חברה לביטוח בע"מ ○ הפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ	
מייפה הכוח (הלקוח)	
שם	מס' ת.ז.
מייפה הכוח (במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מייפה הכוח הינו תאגיד):	
שם (יחיד / תאגיד)	רישיון מס'
אשר הינו (סמן את האפשרות המתאימה): ○ 1 יועץ פנסיוני ○ 2 סוכן ביטוח פנסיוני	
טלפון	דואר אלקטרוני

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של בעל הרישיון מי מטעמי, 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 בקשות¹ להצטרפות למוצר או העברת בקשות¹ 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 ומייפה 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
		<input type="radio"/>
		<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 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 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 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 _____.

			X
תאריך החתימה	חתימת הלקוח		
X	X		X
תאריך החתימה	חתימת סוכן הביטוח / היועץ הפנסיוני	שם סוכן הביטוח / היועץ הפנסיוני	

1. מי מטעמי - 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 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, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש.
 4. מוצר פנסיוני - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 1(2) ו-1(2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.
 5. תכנית ביטוח - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.