

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						
רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/>	אלמן <input type="radio"/> ידוע בציבור <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/>	שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*
מצב משפחתי	מין*	תאריך לידה*	רחוב*	ת.ד.	יישוב*	מיקוד
לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שצינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס						
שכיר <input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/>	שכיר בעל שליטה <input type="radio"/>	עצמאי באמצעות מעסיק <input type="radio"/>	מס' זהות / דרכון	טלפון קווי	טלפון נייד	כתובת דוא"ל לקבלת הודעות ומסמכים
מסמך*						

פרטי בן/בת זוג				
שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות / דרכון	תאריך לידה	מין
				1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/>

פרטי ילדים עד גיל 21				
שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות / דרכון	תאריך לידה	מין
				1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/>
				1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/>
				1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/>

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

מסלולי הביטוח בקרן הפנסיה נבדלים זה מזה בהיקף הכיסוי הביטוחי הניתן למקרה נכות או פטירה.	מסלול ביטוח בקרן	
	שם מסלול הביטוח	גיל הפרישה במסלול
	<input type="radio"/> מסלול ביטוח 75% לנכות ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) (10)	67 <input type="radio"/> 64 <input type="radio"/> 62 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/>
	<input type="radio"/> מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 47 ומעלה) (11)	67 <input type="radio"/> 64 <input type="radio"/> 62 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/>
	<input type="radio"/> מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) (12)	67 <input type="radio"/> 64 <input type="radio"/> 62 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/>
	<input type="radio"/> מסלול ביטוח 75% לנכות ו-40% לשאירים (13)	67 <input type="radio"/> 64 <input type="radio"/> 62 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/>
	<input type="radio"/> מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו-100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 45 ומעלה) (14)	67 <input type="radio"/> 64 <input type="radio"/> 62 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/>
	<input type="radio"/> מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו-40% לשאירים (15)	67 <input type="radio"/> 64 <input type="radio"/> 62 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/>
	<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)	60 <input type="radio"/>
	<input type="radio"/> מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו-60% לשאירים (17)	67 <input type="radio"/> 64 <input type="radio"/> 62 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/>

מסלולי הביטוח בטופס ההצטרפות חושבו כך ששיעור הפרשה לרכיב לתגמולים יהיו 12.5%. ככל ששיעורי הפרשות לרכיב תגמולי עובד ומעביד אשר מדווחים בגינך נמוכים מ-12.5%, שיעור הכיסוי שיחול עליך יקבע לפי נספח ב' המתאים לגילך עפ"י התקנון.

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי הביטוח המפורטים בטבלה, תבוטח 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 (פרנצ'יז).
 - 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 וינכדו דמי ביטוח מחשבוני, אלא אם אודיע לחברה בכתב כי אני מעוניין/ת להמ" ש"ך 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.
 ויתור על כיסוי ביטוחי (עמית שגילו לפחות 60) - יש לצרף צילום תעודת זהות
 אני בן/בת למעלה מ-60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לסיכוני נכות
 אני בן/בת למעלה מ-60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג ולילדים

* "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
				נ

הערות:
 1. מובהר כי הכיסוי בתוקף רק במקרה שהעמית הינו עמית מבוסס (עמית שיש לו כיסוי ביטוחי לסיכונים נכות או כיסוי ביטוחי לסיכונים מוות) ולא יותר על כיסוי לשאירים או כיסוי לבן/בת הזוג.
 2. 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		
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		

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		

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



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, 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) _____ %

שים לב!
 נוסף על דמי הניהול, רשאית החברה המנהלת לגבות מהנכסים המנוהלים בקופה הוצאות ישירות בשל ביצוע עסקאות. שיעורי הוצאות 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:
 16% (ברירת מחדל)
 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		
ש"ח	תאריך תחילת גבייה	סכום הפקדה
	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).

אישורים

ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את כל מידע, למעט מידע שחלה עלי חובה למוסרו 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.

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:
 אמצעי דיגיטלי דואר

לידיעתך! אם לא תבחר באחת מהאפשרויות המפורטות, יישלחו אליך מסמכים והודעות כפי שנקבע בהוראות הדין.

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

- זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן הפנסיה, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן הפנסיה: www.fnx.co.il

פרטי בעל רישיון				
שם פרטי	שם משפחה	מס' בעל רישיון	מס' סוכן בחברה	שם סוכנות

רשימת מסמכים מצורפים

הצהרת בריאות (בכפוף לשיקול הדעת של החברה המנהלת)
 ייפוי כח - בהתאם להוראות הממונה
 מסמך הנמקה בהתאם להוראות הממונה
 טופס הוראה לחיוב חשבון - עצמאי (רשות)
 הוראה להפקדה חד פעמית - עצמאי (רשות)
 כתב מינוי אפטרופוס - (חובה ככל שאפטרופוס מעורב בתהליך)
 טופס בקשה להעברת כספים - בהתאם להוראות הממונה (רשות)
 תעודת זהות (במקרה של ויתור על כיסוי ביטוחי)
 טופס הצהרת עמית עצמאי לפי צו איסור הלבנת הון (ככל שנדרש)
 בקשה לסיווג התשלומים כתשלומים פטורים (רשות)

<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת העמית*				
				תאריך חתימה	
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת בעל רישיון				
				תאריך חתימה	
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת אפטרופוס				
				תאריך חתימה	

איך תדאג/י לפנסיה שלך?

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

1. ביטוח בקרן הפנסיה

קרן הפנסיה שלך מספקת שני סוגים של כיסויים ביטוחיים במהלך תקופת העבודה:

- ביטוח למקרה נכות - אם לא תוכל/י להמשיך לעבוד כתוצאה ממצב רפואי מתמשך, תוכל/י לקבל מקרן הפנסיה קצבה חודשית לתקופת הנכות.
- ביטוח למקרה מוות - אם תלך/תלכי לעולמך חס וחלילה בן/בת הזוג שלך יקבל קצבה חודשית מהקרן לכל ימי חייו/חיייה וילדיך יקבלו קצבה חודשית עד גיל 21.
- תוכל/י לבחור מסלול ביטוח בקרן המתאים לצרכיך בכל עת באמצעות שליחת בקשה בעניין לקרן.
- אם אין לך בת/בן זוג וילדים, באפשרותך לוותר על כיסוי ביטוחי למקרה מוות. שים/שימי לב, עליך לחזור וליידע את הקרן כל שנתיים שלא חל שינוי במצבך, כדי שלא יגבו ממך את עלות הביטוח מחדש.
- בחמש השנים הראשונות בקרן פנסיה לא תקבל/י פיצוי אם מקרה הביטוח נובע ממחלה שהייתה לך לפני שהצטרפת לקרן פנסיה.

- שים/שימי לב!** באפשרותך לשמור על הכיסוי הביטוחי מקרנות קודמות שצברת לאורך תקופת החיסכון ולהזיל את עלויות הביטוח באמצעות העברת הכספים לקרן החדשה שלך.
- הפסקת הפקדות לקרן מבטלת את הכיסוי הביטוחי ולא תוכל/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 בקרן 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 בקרן הפנסיה.

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

3. דמי ניהול בקרן פנסיה

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

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

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

הצהרת בריאות פנסיה

לא	כן	הצהרת בריאות – הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן:
		גובה _____ משקל _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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?
		3 האם חלית באחת או יותר מהמחלות שלהלן:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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 נזירולוגית כגון אירוע מוחי, טרשת נפוצה פרקינסון או אפילפסיה
<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 ראוטולוגית
<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)?

חתימה				
<input checked="" type="checkbox"/>				
חתימת המועמד לביטוח	ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך

ויתור על סודיות רפואית	
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>אני הח"מ נותנת/ בזאת רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיו הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיו 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 משחררת/ אתכם וכל רופא מרופאיכם 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 מחלותיי כנ"ל, ומוותרת/ על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה 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>
חתימת המועמד לביטוח בקרן הפנסיה	תאריך

טופס מינוי מוטבים

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת / חברת הביטוח			
יש לציין עבור איזו קרן/פוליסה נדרש העדכון - אם לא יצוין, המוטבים ירשמו בכל קרנות הפנסיה ופוליסות הביטוח של המבוטח, ככל שישנן בחברה			
שם החברה המנהלת / חברת הביטוח	שם קרן הפנסיה / קופת הביטוח	קוד קרן הפנסיה / קופת הביטוח / פוליסת ביטוח	מספר חשבון של העמית בקרן / מספר פוליסת ביטוח
<input type="radio"/> הפניקס פנסיה וגמל בע"מ	הפניקס פנסיה מקיפה	209	
<input type="radio"/> הפניקס פנסיה וגמל בע"מ	הפניקס פנסיה משלימה	671	
<input type="radio"/> הפניקס פנסיה וגמל בע"מ	קרן פנסיה יסוד "עמית"	347	
<input type="radio"/> הפניקס חברה לביטוח בע"מ	הפניקס ביטוח	קופת ביטוח	
<input type="radio"/> הפניקס חברה לביטוח בע"מ	פוליסת ביטוח	מחלות קשות / תאונות אישיות	

פרטי העמית / פרטי המבוטח						
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין*	מצב משפחתי
<input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש	<input type="radio"/> נ <input type="radio"/> ז					<input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> ידוע בציבור

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:

* 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 פטירתי 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 ליורשיי על פי דין או על פי צוואה והכל בכפוף להוראות התקנון.

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.

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 שמואלו בפרטי העמית:

אמצעי דיגיטלי דואר

לידיעתך! אם לא תבחר באחת מהאפשרויות המפורטות, יישלחו אליך מסמכים והודעות כפי שנקבע בהוראות הדין.

- זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן הפנסיה, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן הפנסיה: www.fnx.co.il

<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת העמית*/חתימת המבוטח*	תאריך חתימה
-------------------------------------	----------------------------	-------------

פרטי בעל רישיון

שם פרטי	שם משפחה	מס' בעל רישיון	מס' סוכן בחברה	שם סוכנות

הצהרת בעל רישיון

אני _____ שפרטיו לעיל, מצהיר בזאת ומאשר כי הוראת מוטבים זו נחתמה לפני ו/או מולאה לבקשת העמית / המבוטח לאחר שהעמית / המבוטח זוהה על ידי.

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

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. **קוד מסמך 714**

(O צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

לכבוד (סמן את האפשרות הרצויה)
 O הפניקס חברה לביטוח בע"מ O הפניקס פנסיה וגמל בע"מ

מייפה הכוח (הלקוח)		
שם	מס' ת.ז.	כתובת
מייפה הכוח (במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו תאגיד):		
שם (יחיד / תאגיד)	רישיון מס'	מס' סוכן
אשר הינו (סמן את האפשרות המתאימה): O (1) יועץ פנסיוני O (2) סוכן ביטוח פנסיוני		
טלפון	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 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 ומייופה 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
		O
		O
		O
		O
		O
		O

- * 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:

- O 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.
 - O 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

- O הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.
- O הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ- 10 שנים - עד ליום _____.

X			ולראיה באתי על החתום:
תאריך החתימה	חתימת הלקוח		
X	X	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 פנסיוניים (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** - 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 שעבדים 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 31(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.

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

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

תאריך

לכבוד

בנק	מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
_____	_____	_____	_____	_____
סניף	קוד מוסד (המוטב)	שם המוסד (המוטב)	אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	
_____	6 1 1	_____	_____	
("הבנק")				

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

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או -

הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב: _____ ש"ח.

מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום _____ / _____ / _____.

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1	אני/אנו הח"מ _____ מס' זהות _____ ח.פ. _____ ("הלקוח/ות") שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק
	מבקשים בזה להקים בחשבוני/נו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוני/נו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
2	כמו כן, יחולו ההוראות הבאות: א. עלי/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון. 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. ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב מסוים, ובלבד 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. 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. ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שביני/נו לבין המוטב. ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה. ז. אם תענו לבקשתי/נו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שביני/נו לבין הבנק. ח. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
3	אני/אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
X	X
	חתימת הבנק
	חתימת הלקוח/ות

פרטי ההרשאה

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

אם ישלחו 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 בעלי החשבון
----------	-------------------

אישור הסוכנת

הנני מאשר/ת בזה כי ביום _____ הופיע בפני הלקוח _____ אשר זיהה עצמו באמצעות תעודת זהות או רישיון נהיגה מס' _____, ואחרי שבדקתי כי הינו בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק, חתם על מסמך זה בפני.

X	חתימה + חותמת סוכנות	מס' הסוכן/הסוכנת	שם הסוכן/הסוכנת	תאריך

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

אישור מעסיק לבחירת מסלול השקעה לכספי פיצויים

הפניקס פנסיה וגמל בע"מ / הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה")

מספר חשבון	שם יועץ / הסוכן / משווק פנסיוני	מספר יועץ / הסוכן / משווק פנסיוני
------------	---------------------------------	-----------------------------------

פרטי העמית/ המבוטח				
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 sherutlife@fnx.co.il או לפקס מס' 03-7336948

אישור המעסיק לבחירת מסלול השקעה לכספי פיצויים

אני הח"מ נותן בזאת הסכמתי, לפיה העמית/ המבוטח הנ"ל שהינו עובד שלי ושפרטיו ר"מ לעיל, יקבע את מסלול השקעה ביחס לכספים שישולמו על ידי לרכיב הפיצויים.

חתימת המעסיק		
תאריך	שם המעסיק	חתימה וחותמת המעסיק

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.