חיסכון ארוך טווח
מייל לשליחת מסמכים: f1@fnx.co.il
פניות למרכז קשרי לקוחות: וואטסאפ: 054-9893455 | **טלפון:** 3455*

הפניקס

מסלול לזמן פרישה (קצבה מיידית או קצבה נדחית) – מסלול למנהלים ושכירים / מסלול לעצמאים

קוד מסמך 2833

פרטי סוכן / יועץ

מס' הצעה	שם המנהל העסקי	מס' סוכן / יועץ	שם סוכן / יועץ

פרטי המועמד לביטוח

שם פרטי (חובה)	שם משפחה (חובה)	מין (חובה)	מס' ת.ז / דרכון (חובה)	מדינת ההנפקה של הדרכון	מעמד
		○ ז ○ נ			○ שכיר** ○ עצמאי

תאריך לידה (חובה)	מצב משפחתי	נייד	דוא"ל
	○ רווק ○ נשוי ○ גרוש ○ אלמן ○ ידוע בציבור		

כתובת (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	עיר/יישוב	ת.ד.

פרטי המעסיק ** (למעמד שכיר בלבד)

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

בחירת מוצר

○ קצבה נדחית* (j)	○ קצבה מיידית* (111)
*מבוטח המעוניין לבצע הפקדה ולמשוך את הקצבה במועמד מאוחר יותר	*מבוטח המעוניין לבצע הפקדה ולמשוך קצבה מיידית במועד ההפקדה

תוכנית ביטוח

○ הפקדה לקופה משלמת לקצבה

○ הפקדה לקופה שאינה משלמת לקצבה — סכום הפקדה חד פעמית על סך _____ ש"ח

דמי ניהול מצבירה: ○ **1.05** ○ **אחר:** _____

להשלמת ההליך וחישוב העלות השנתית הצפויה לשנה זו והצגתה ביחס למסלולי ההשקעה השונים נא היכנס לכתובת: https://www.fnx.co.il/calculators/year/

הצהרת המבוטח לעניין ניוד לקופת ביטוח וקיום רובד ראשוני

○ הנני מאשר כי על שמי מנוהלת צבירה בקרן פנסיה ו/או קופת גמל בסכום העומד על מכפלת תקרת ההפקדה החודשית בחודשי הוותק של ההפקדות המנוידות (הסכום נכון לשנת 2023 הינו 4,866 ש"ח). כמו כן במקרה של ניוד פוליסה קיימת, הצבירה שהנני מבקש להעביר לקופת ביטוח הינה בגין צבירה שמעל הסכום הר"מ (בחישוב מצטבר לפי תקרה שנתית).

תאריך	שם ושם משפחה	מספר תעודת זהות	חתימה
			✗

מסלולי השקעה*

***במידה ונבחרה קצבה מידית, אין לבחור מסלול השקעה בטופס זה אלא בטופס "בקשה לקבלת קצבה"**

שם מסלול השקעה	מ"ה	תגמולים	פיצויים	שם מסלול השקעה	מ"ה	תגמולים	פיצויים
מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת המחדל (9999)*		%	%	הפניקס מניות (115)	9579	%	%
הפניקס לבני 50 ומטה (314)**	471	%	%	הפניקס משולב סחיר (1001)	14290	%	%
הפניקס לבני 50 עד 60 (114)**	9593	%	%	הפניקס עוקב מדדים גמיש (1000)	14291	%	%
הפניקס לבני 60 ומעלה (214)**	9594	%	%	הפניקס עוקב מדד S&P 500 (16)	9554	%	%
הפניקס כספי (שקלי) (118)***	9592	%	%	הפניקס עוקב מדדי מניות (1017)	15207	%	%
הפניקס אשראי ואג"ח (11)	47	%	%	הפניקס הלכה (117)	9586	%	%

* בבחירה במודל תלוי גיל תשוייך אוטומטית למסלול התואם את גילך ותעבור אוטומטית למסלול עוקב בהתאם לתנאי המסלול.

** בחירה במסלול זה אינה תלויה בגילך ותישאר קבועה עד להוראה אחרת מצדך, ללא תלות בשינויים בגילך.

***** הצטרפות למסלול השקעה כספי (שקלי) –** אם נבחר מסלול השקעה כספי, חובה לבצע את הבחירות הבאות:

התקופה לבחירתי במסלול הכספי תהיה למשך:	בתום התקופה שנבחרה אני מבקש להעביר את הכספים בחשבוני מהמסלול הכספי למסלול השקעה (יש לציין את מספר מ"ה מתוך טבלת המסלולים שלעיל):
○ 6 חודשים ○ 12 חודשים ○ 24 חודשים	

שים לב: שינוי בתקופת הבחירה או במסלול ההשקעה הנבחר לתום התקופה, יתחיל את ספירת התקופה האמורה מחדש.

מקדמי קצבה - למבוטחים מגיל 60 ומעלה יינתן מקדם קצבה מובטח באופן אוטומטי

חיסכון ארוך טווח
מייל לשליחת מסמכים: f1@fnx.co.il
פניות למרכז קשרי לקוחות: וואטסאפ: 054-9893455 | **טלפון:** 3455*

הפניקס

מינוי מוטבים - מועמד לביטוח

	שם	ת.ז	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים
למקרה מוות					○ ז ○ נ		
					○ ז ○ נ		
					○ ז ○ נ		

לא מונו מוטבים: המוטב למקרה חיים יהיה המבוטח * ולמקרה מוות יורשיו החוקיים של המבוטח.

* (בעל פוליסה שהינו חבר בני אדם או תאגיד לא ימונה כמוטב בפוליסה זו).

הצהרות והסכמות להיכלל במאגרי מידע לפי חוק הגנת הפרטיות (חובה לחתום)

הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה ובמאגרי החברה וכל מידע נוסף שיימסר על ידי לחברת הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "**החברה**") ו/או ייאסף אודותיי במסגרת מתן השירותים בהתאם לכל דין (להלן: "**המידע**"), ישמר במאגרי המידע של החברה ובמאגרי חברות הקבוצה* ו/או ישותף בין חברות הקבוצה, ויעובד, לרבות באמצעות בינה מלאכותית**, על-ידי החברה ומי מחברות הקבוצה לצרכי ניהול, שירות וקשר עם הלקוח, תפעול וטיפול בכל ענייני הלקוח בקבוצה בתחום שירותי הביטוח, ניהול הון ושירותים פיננסים, צרכים שיווקיים וסטטיסטיים, אקטואריים ועסקיים, דיווח ישיר ושירותי דיוור ישיר ו/או שירותים נלווים אחרים בכפוף לכל דין. ידוע לי כי לא חלה עליי חובה חוקית למסור את המידע אך ללא מסירת המידע החברה לא תעניק את השירותים המפורטים, כולם או חלקם. כמו כן, ידוע לי כי אוכל לפנות לחברה או לחברות הקבוצה בכל עת בבקשה לעיין במידע אודותיי ולתקנו ככל ואינו נכון או מדויק. **ידוע לי שאוכל לבקש, בכל עת, שהמידע לא יועבר לחברות בקבוצה שאינן קשורות או רלוונטיות לשירותים שאקבל מהחברה עמה התקשרתי, על ידי עדכון באזור האישי (תחת עדכון פרטים אישיים - ניהול הסכמות) וכן באמצעות פנייה לחברה בכל אמצעי ההתקשרות הקיימים בחברה.**

* **"הקבוצה"** - הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס פיננסים בע"מ וחברות בשליטתה הישירה ו/או העקיפה, כפי שתהיינה מעת לעת ,לרבות הפניקס חברה לביטוח בע"מ, הפניקס פנסיה וגמל בע"מ, הפניקס בית השקעות בע"מ, גמא ניהול וסליקה בע"מ, הפניקס אשראי צרכני בע"מ, הפניקס משכנתאות זהב בע"מ, הפניקס ניהול תיקים בע"מ, אפסילון ניהול תיקים בע"מ, אקסלנס ניהול השקעות וניירות ערך בע"מ.

** **"בינה מלאכותית"** – עיבוד מידע באמצעות מערכות בינה מלאכותית כפי שיעודכן מעת לעת במדיניות הפרטיות של החברה.

	✗
	חתימת המועמד לביטוח

התחייבויות והצהרות, המועמד לביטוח (המבוטח)

1 אני הח"מ, בעל הפוליסה/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 הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצעה 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. הנני מתחייב להודיעכם עלכל שינוי שיחול בפרטי האישיים.

2 אני הח"מ, מצהיר כי הובא לידיעתי שהחברה רשאית להעביר את המידע לגביי לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס," למבטחי המשנה, לסוכן הביטוח המטפל ולגוף האחראי על דיווח בנושא FATCA ו- CRS ובנוסף אני מצהיר כי במקרה בו חלק מהפרטים שמסרתי מצביעים על כך שיתכן ואני אזרח או תושב מדינה זרה, וסירבתי להגיש טפסים לצורך שלילת האינדיקציה הנ"ל בתוך פרק הזמן שהועמד לרשותי, החברה תמסור את פרטי הזיהוי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה- FATCA ו- CRS.

3 ידוע לי ואני מורה לחברה כי לצורך טיפול בבקשתי למשיכת כספים ולטובתי, תפנה החברה לבנק הרלבנטי)להלן: "הבנק)" באמצעות מרכז סליקה בנקאי (מס"ב) לאימות כל פרטי חשבון הבנק שמסרתי לחברה, לרבות שם מלא, מס' זיהוי ומס' חשבון, וזאת לצורך בדיקת תקינות פרטי חשבון הבנק שלי ועל מנת לוודא כי הכספים יועברו לחשבוני. הנני מאשר לבנק באמצעות מס"ב להשיב לבקשת האימות לעיל ובכך הנני מוותר על חובת הסודיות שהבנק ו/או החברה חייבים כלפיי תוך ויתור על כל טענה ו/או דרישה כלפי הבנק ו/או מס"ב ו/או החברה בנוגע להליך האימות כאמור. ידוע לי ואני מסכים כי תיעוד הליך האימות יישמר במאגרי החברה. עוד ידוע לי כי הנני רשאי לחזור בי מהסכמתי דלעיל.

4 אני הח"מ מצהיר ומתחייב בזאת כי: (1) אינני מפר סנקציות בינלאומיות, במישרין או בעקיפין, ולא משתמש בחברה לשם הפרת סנקציות, ובכלל זה, מצהיר כי אינני כלול ברשימת הגורמים המוכרזים, לא אבצע פעילות עסקית עם גורמים מוכרזים הפעילים בסקטורים האסורים (טכנולוגיה, בטחון, בניה, תעופה, ייצור או מגזרים אחרים התומכים בתעשייה הצבאית של רוסיה) או פעילות כלשהי הקשורה לתעשייה הצבאית של רוסיה; (2) ידוע לי ואני מסכים לכך שהחברה תהיה רשאית להימנע מכל תשלום ו/או ביצוע בקשה שלי, אם יתברר או יעלה חשד כי הנני מפר סנקציות בינלאומיות החלות עלי או עלול להפר אותן או אם תשלום או ביצוע בקשה כאמור, יחשפו אותה לסנקציה, איסור או מגבלה מכל סוג שהוא, לרבות סנקציות בינלאומיות. לעניין זה, "סנקציות בינלאומיות" - מגבלות ו/או איסורים שהוטלו על ידי כל מדינה ו/או על ידי כל גוף בינלאומי, לרבות ממשלת ארה"ב, מוסדות האיחוד האירופי, האו"ם או בריטניה.

5 ידוע לי כי, פרטי התקשרות שציינתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותי בקבוצת הפניקס.

6 הנני מסכים כי הדוח השנתי המקוצר ישלח אלי, מידי שנה, באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני /מסרון). ידוע לי כי בכל עת אוכל לחזור בי מההסכמה זו ולבקש כי הדוח השנתי ישלח באמצעות הדואר ○ אינני מסכים לאמור לעיל, אבקש לקבל את הדוח השנתי באמצעות הדואר.

7 **הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים -** הנני מסכים כי המידע אודותיי ישמש את חברות הקבוצה* ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיוור ישיר מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למוצרים ושירותים ביטוחים, 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.

* **"הקבוצה"** - הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס פיננסים בע"מ וחברות בשליטתה הישירה ו/או העקיפה, כפי שתהיינה מעת לעת ,לרבות הפניקס חברה לביטוח בע"מ, הפניקס פנסיה וגמל בע"מ, הפניקס בית השקעות בע"מ, גמא ניהול וסליקה בע"מ, הפניקס אשראי צרכני בע"מ, הפניקס משכנתאות זהב בע"מ, הפניקס ניהול תיקים בע"מ, אפסילון ניהול תיקים בע"מ, אקסלנס ניהול השקעות וניירות ערך בע"מ. ○ לא מסכים

		✗
תאריך		**חתימת המועמד לביטוח**

אישור סוכן			
הנני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידו/הם.			
חתימה וחותמת הסוכן	**מס' רישיון הסוכן**	**שם סוכן**	**תאריך**

חיסכון ארוך טווח
מייל לשליחת מסמכים: f1@fnx.co.il
פניות למרכז קשרי לקוחות: וואטסאפ: 054-9893455 | **טלפון:** 3455*

הפניקס

שאלון הכר את הלקוח

קוד מסמך 3122

למילוי בידי הלקוח, אם הלקוח תאגיד - יש למלא טופס נפרד

א. בירור לעניין אזרחות / תושבות מס / תושב חוץ / איש ציבור

ארץ לידה: _____

נא סמן את ההגדרה המתאימה לגבי מעמדך: ○ אזרחות או תושבות נוספת לצרכי מס (פרט לישראל*) ○ תושב חוץ** ○ אף אחד מאלו
ככול שסומנה אחת מהאפשרויות יש למלא: * - טופס FATCA, / CRS ** - טופס "איש ציבור זר".

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' בטופס "איש ציבור מקומי".

ב. קיומו של נהנה בחשבון

אני _____(שם המבוטח) 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 מוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה
○ יש נהנה/ים בזכויות הגלומות בפוליסה - אנא מלא נספח 3 - טופס הצהרת בעל פוליסה / מבוטח / עמית

ג. פרטים על משלח יד/מקצוע ועיסוק

○ **שכיר:** שם המעסיק: _____ עיסוק/תפקיד: _____

○ **שכיר בעל שליטה /** ○ **עצמאי** שם עסק: _____ מען העסק: _____

מהו תחום העיסוק של העסק:
○ יהלומים ואבני חן ○ נדל"ן ○ סחר במתכות יקרות ○ בלדרות ○ עסק בו עיקר הפעילות במזומן ○ סחר בנשק
○ עסק שאינו למטרות רווח: עמותה / גמ"ח / מלכ"ר ○ סחר במטבעות וירטואליים ○ נותן שירות אשראי או מתן שירות בנכס פיננסי
○ ביצוע העברות כספים מישראל אל מדינות זרות או להיפך ○ הימורים ○ אחר (פרט:) _____

○ **גמלאי,** טרם הפרישה: שם מעסיק:_____ עיסוק: _____

○ **לא עובד,** שם מעסיק אחרון: _____ עיסוק אחרון: _____

○ **סטודנט** ○ **אברך / תלמיד ישיבה** ○ **חייל** בשירות חובה או מתנדב בשירות לאומי ○ **קטין** ○ **חבר קיבוץ** ○ **אחר** (פרט):_____

מהי כנסתך 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 קיימים לך משאבים פיננסים נוספים? ○ לא ○ כן, סמן:
○ דיבידנד ○ תקבול מהעסק ○ ירושה ○ ריבית מחסכונות ○ תקבולים ממקורות אחרים, פרט: _____
○ השקעות, תחום השקעה ○ שכר דירה / נדלן מניב ○ ביטוח לאומי / תגמולי ביטוח

ד. מטרת ההתקשרות, מקור הכספים והפעילות המתוכננת

1 **מטרת פתיחת החשבון או חוזה ביטוח החיים לחיסכון ל:**
○ לטווח קצר (עד שנתיים) ○ לטווח בינוני (בין שנתיים לשש שנים) ○ לטווח ארוך (מעל שש שנים) ○ לגיל פרישה

2 **מקור הכספים המופקדים:**
○ משכורת / קצבה ○ תקבולים / הכנסות מעסק ○ חסכונות שנצברו ○ תקבולים מפעילות ניירות ערך בשוק ההון ○ מכירת עסק
○ הלוואה ○ ירושה ○ פיצויי פיטורין/פרישה ○ זכייה ○ מכירת נכס ○ העברת כספים מקופת גמל אחרת
○ השכרת נכס ○ תרומה ○ אחר (פרט): _____
○ מתנה, שם נותן המתנה: _____זיקה לנותן המתנה _____
○ כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה, סוג העסק: _____שם המדינה _____
אם המשלם בפוליסה אינו המבוטח - יש למלא נספח 4 משלם אחר.

האם קיים מיופה כוח שאינו בעל רישיון בחשבון או בחוזה ביטוח החיים?
○ כן ○ לא, במידה וכן יש לציין: ○ בן משפחה ○ שותף עסקי ○ עובד/מעביד ○ אחר: _____

3 **סכום הפקדות שנתיות צפויות בש"ח** (פרט להפקדה שצוינה בעת פתיחת הקופה) _____

4 **תדירות הפקדות צפויה:** ○ מזדמן ○ חד פעמי ○ חודשי ○ רבעוני ○ חצי שנתי ○ שנתי

5 **אופן הפקדות צפוי:** ○ המחאה ○ הוראת קבע ○ העברה בנקאית

6 **האם צפויות הפקדות/משיכות בחשבון/חוזה ביטוח חיים מ/אל מדינה זרה?** ○ כן ○ לא - אם כן ציין את שם המדינה הזרה_____ .

7 **האם ידוע לך בשלב זה על משיכות צפויות בחשבון בשנה הקרובה?** ○ כן ○ לא

8 **האם קיימות פוליסות/קופות נוספות בחברה בהן אתה עמית/בעל פוליסה/מבוטח/נהנה/מוטב/מיופה כח וכו'?**
○ לא ○ כן, פרט: _____

הצהרת מבוטח

האם בעבר גוף פיננסי סירב להעניק לך שירותים מסיבות הקשורות באיסור הלבנת הון או מימון טרור? ○ כן ○ לא

הריני מצהירה/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה מלא ומהימן, ואני מתחייב/ת לדווח על כל שינוי בהצהרתי זו.

תאריך	שם המועמד לביטוח	חתימת המועמד לביטוח

חיסכון ארוך טווח
מייל לשליחת מסמכים: f1@fnx.co.il
פניות למרכז קשרי לקוחות: וואטסאפ: 054-9893455 | **טלפון:** 3455*

הפניקס

הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רשיון) (נספח ב2)

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כוח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו. קוד מסמך 714

(○ צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

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

מייפה הכוח (הלקוח)

שם	מס' ת.ז.	כתובת

מיופה הכוח (במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכח הינו תאגיד):

שם)יחיד / תאגיד(	רשיון מס'	מס' סוכן

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 מטעמו[1], לפנות בשמי לכל גוף מוסדי[2] המפורט לעיל לשם קבלת מידע[3] אודות מוצרים פנסיוניים[4] ותכנית ביטוח[5] הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשותיי להצטרפות למוצר או העברת בקשותיי לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותיי, 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 רשיון מטפל
		○
		○
		○
		○
		○
		○

* במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה)1(. במקרה זה יש לצרף לייפוי הכח 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 _____ .

ולראיה באתי על החתום:

	חתימת הלקוח	תאריך החתימה
	✗	

שם סוכן הביטוח / היועץ הפנסיוני	חתימת סוכן הביטוח / היועץ הפנסיוני	תאריך החתימה
✗	✗	✗

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 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"** - 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 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.