



טופס הצטרפות לקצבה מיידי בקרן פנסיה משלימה

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת		
הפניקס פנסיה וגמל בע"מ	הפניקס פנסיה משלימה	671
שם החברה המנהלת*	שם קרן הפנסיה*	קוד קרן הפנסיה

פרטי העמית						
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין*	ריוק ○ נשוי ○ גרוש ○ אלמן ○ ידוע בציבור
יישוב*	ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד	
לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שצינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס.						
כתובת דוא"ל לקבלת הודעות ומסמכים						
טלפון נייד						
טלפון קווי						
מעמד*						
שכיר ○ עצמאי ○ שכיר בעל שליטה ○ עצמאי באמצעות מעסיק ○						

פרטי בן/ בת זוג

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות / דרכון	תאריך לידה	מין
				1 ○ 2 ○

פרטי ילדים עד גיל 21

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות / דרכון	תאריך לידה	מין
				1 ○ 2 ○
				1 ○ 2 ○
				1 ○ 2 ○

פרטי המעסיק

שם המעסיק*	רחוב*	יישוב*	מס' בית*	ח.פ./עוסק מורשה	מספר טלפון*

מסלול ביטוח בקרן

שם מסלול הביטוח	גיל הפרישה במסלול
יסוד - ללא כיסוי ביטוחי לנכות ושאירים	
מסלול ביטוח 75% לנכות ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) (10)	67 ○ 64 ○ 62 ○ 60 ○
מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 47 ומעלה) (11)	67 ○ 64 ○ 62 ○ 60 ○
מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) (12)	67 ○ 64 ○ 62 ○ 60 ○
מסלול ביטוח 75% לנכות ו- 40% לשאירים (13)	67 ○ 64 ○ 62 ○ 60 ○
מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 45 ומעלה) (14)	67 ○ 64 ○ 62 ○ 60 ○
מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו- 40% לשאירים (15)	67 ○ 64 ○ 62 ○ 60 ○
מסלול ביטוח לפרושים עד גיל 60, 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 49 ומעלה) (16)	60 ○
מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו- 60% לשאירים (17)	67 ○ 64 ○ 62 ○ 60 ○

מסלולי הביטוח בטופס ההצטרפות חושבו כך ששיעור הפרשה לרכיב לתגמולים יהיו 12.5%. ככל ששיעורי הפרשות לרכיב תגמולי עובד ומעביד אשר מדווחים בניגון 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 (פרנציזה).
- אני מעוניין לוותר על הכיסוי לביטול תקופת אכשרה בתום תקופת הויתור (ברות ביטוח).
- יתור 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 בחלוק שנתיים ממועד אישור הבקשה יחודש הכיסוי הביטוחי לשאירים וינכד 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.

- יתור 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

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
				10 20
				10 20

הערות:
 1. מובהר כי הכיסוי בתוקף רק במקרה שהעמית הינו עמית מבוסס (עמית שיש לו כיסוי ביטוחי לסיכויי נכות או כיסוי ביטוחי לסיכויי מוות) ולא יותר על כיסויי לשאירים או כיסוי לבן בת הזוג.
 2. מובהר כי קצבת השאירים עבור בן נבחר עם מוגבלות הינה על חשבון קצבת שארי אלמנה/ו ובהתאם להוראות סעיף 99 לתקנון הקרן "קצבת שארים לבן נבחר עם מוגבלות".

מסלולי ההשקעה בקרן הפנסיה נבדלים ברמת הסיכון והתשואה הצפויה לכספך המושקעים בקרן

בחירת מסלולי השקעה בקרן			
סמן את מסלול ההשקעה המבוקש ושיעור החלוקה המבוקש בין המסלולים (בין 0% ל - 100%):			
מ"ה באוצר	שם מסלול השקעה	רכיב תגמולים	רכיב פיצויים
	מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית (9999) – מסלול ברירת המחדל	שיעור מתוך סכום ההפקדה	שיעור מתוך סכום ההפקדה
	הפניקס פנסיה משלימה לבני 50 ומטה (51)	%	%
7234	הפניקס פנסיה משלימה לבני 50 עד 60 (151)	%	%
7235	הפניקס פנסיה משלימה לבני 60 ומעלה (251)	%	%
7236	הפניקס פנסיה משלימה כספי (שקלי) (72)*	%	%
8320	הפניקס פנסיה משלימה אשראי ואג"ח (71)	%	%
8319	הפניקס פנסיה משלימה מניות (70)	%	%
8318	הפניקס פנסיה משלימה משולב סחיר (1005)	%	%
14288	הפניקס פנסיה משלימה אג"ח סחיר (1011)	%	%
15220	הפניקס פנסיה משלימה מניות סחיר (1012)	%	%
15221	הפניקס פנסיה משלימה עוקב מדדים גמיש (1004)	%	%
14287	הפניקס פנסיה משלימה עוקב מדד S&P 500 (3565)	%	%
13465	הפניקס פנסיה משלימה עוקב מדדי אג"ח (1013)	%	%
15222	הפניקס פנסיה משלימה עוקב מדדי מניות (1014)	%	%
15223	הפניקס פנסיה משלימה הלכה (1015)	%	%
15224	הפניקס פנסיה משלימה שריעה (3847)	%	%
14082	*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.			

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספך במסלול ברירת המחזל.
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 המחזל בקרן תותנה בקבלת אישור המעסיק.

דמי ניהול בקרן הפנסיה			
○	שיעור דמי ניהול מצבירה (שנתי)	%	○ דמי ניהול משתנים בהתאם לצבירה האישית על פי מסמך מצורף
	שיעור דמי ניהול מהפקדה (חודשי)	%	

שים לב!
 * להשלמת הליך וחישוב העלות השנתית הצפויה לשנה זו והצגתה ביחס למסלולי ההשקעה השונים נא היכנס לכתובת: <https://www.fnx.co.il/calculators/year/>
 ** 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-mashlima-pension/mashlima-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	תדירות תשלום
סכום הפקדה		

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 עליי חובה חוקית למסור להפניקס פנסיה וגמל בע"מ (להלן: " החברה ") כל מידע, למעט מידע שחלה עליי חובה למסור על פי דין לצורך קבלת השירותים. ידוע לי, כי מסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול ותפעול קרן הפנסיה שלי, לרבות עיבוד המידע הקיים במערכות החברה וזאת, בין היתר, באמצעות בינה מלאכותית בהתאם למדיניות הפרטיות של החברה כפי שתתעדכן מעת לעת והכל בכפוף להוראות הדין. ידוע לי כי ללא מסירת המידע החברה לא תעניק את השירותים המפורטים, כולם או חלקם. כמו כן, ידוע לי כי אוכל לפנות לחברה בכל עת בבקשה לעיין במידע אודותי ולתקנו ככל ואינו מדויק.	
☐ 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 . 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.	
X	
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		
☒ שאלון FATCA ו-CRS - עצמאי (חובה) ☐ הצהרת בריאות (בכפוף לשיקול הדעת של החברה המנהלת) ☐ יפוי כח - בהתאם להוראות הממונה ☐ מסמך הנמקה בהתאם להוראות הממונה ☐ טופס הוראה לחיוב חשבון - עצמאי (רשות) ☐ הוראה להפקדה חד פעמית - עצמאי (רשות) ☐ כתב מינוי אפוטרופוס - (חובה ככל שאפוטרופוס 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)		
	X	
חתימת העמית*		תאריך חתימה
X		
חתימת בעל רישיון		תאריך חתימה
X		
חתימת אפוטרופוס		תאריך חתימה

הסכמה להיכלל במאגר מידע קבוצתי

○ מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, אני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה ובמאגרי החברה וכל מידע נוסף שיימסר בעתיד על ידי לחברה, ישמר בנוסף למאגר החברה גם במאגרי 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 פיננסיים, צרכים שיווקיים וסטטיסטיים, אקטואריים ועסקיים, דיוור 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 אודותי 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 פיננסיים 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 צרכי 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.

X	
חתימת העמית	

פירוט נתונים נוסף

גובה שכר	% תגמולים - עובד	% תגמולים - מעביד	% פיצויים
תאריך הנפקת תעודת זהות			

איך תדאגי/י לפנסיה שלך?

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

1. ביטוח בקן הפנסיה

קן 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 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/חייה וילדיך יקבלו קצבה חודשית עד גיל 21.

- תוכלי/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 תקבלי/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 ולהוזיל את עלויות הביטוח באמצעות העברת הכספים לקרן החדשה שלך.
 - הפסקת הפקדות לקרן 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 בקרן פנסיה

- הקצבה החודשית שלך בפנסיה תיקבע בהתאם לסכום שמופקד לחיסכון מדי חודש, הרווח שיישיג 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 משלימה":

דמי ניהול ממוצעים בקרן בשנת 2025	מסך החיסכון	מההפקדה החודשית
	0.13%	1.29%

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

הצהרת בריאות פנסיה

שאלון הצהרת בריאות			
מספר שאלון/ ים	כן	לא	לצורך בחינת קבלתך לביטוח עליך לענות על השאלות הבאות בהצהרת הבריאות, חשוב שתשובותיך יהיו מלאות וכנות. במידה ולא תשיב כך, עלולה להיות לכך השלכה על תגמולי הביטוח. - תוקף הצהרת הבריאות יהיו 60 יום ממועד החתימה, מעבר ל 60- יום נדרשת הצהרת בריאות חדשה. - מועמדים בני 65 ומעלה - יש לצרף תמצית מידע מקופ"ח (המתייחסת למצבך הרפואי כולל אבחנות, ניתוחים, תרופות קבועות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מחמש השנים האחרונות)
גובה _____ משקל _____			
1	☐	☐	האם נקבעה לך נכות מטעם המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון או גורם אחר /או הינך נמצא בהליך לאישורה של נכות?
2	☐	☐	האם אושפזת ו/או נדרשת לאישפוז (כולל אישפוז יום) במהלך 3 השנים האחרונות?
3	האם חלית באחת או יותר מהמחלות שלהלן:		
	☐	☐	א מחלת לב וכלי דם
	☐	☐	ב גידול שפיר או ממאיר (סרטן)
	☐	☐	ג מחלת נשימה
	☐	☐	ד מחלת כליות ודרכי שתן
	☐	☐	ה מחלת עיכול, כבד, הפטיטיס או לבלב
	☐	☐	ו מחלת חילוף חומרים כגון סוכרת או יתר שומנים בדם
	☐	☐	ז מחלה נוירולוגית כגון אירוע מוחי, טרשת נפוצה פרקינסון או אפילפסיה
	☐	☐	ח אבחנה נפשית
	☐	☐	ט הפרעה או כאבים במערכת השלד או מחלה ראומטולוגית
	☐	☐	י נשא HIV, איידס
4	☐	☐	האם השתמשת אי פעם או הינך משתמש בסמים מכל סוג שהוא? - אם כן, פרט: _____
	☐	☐	סוג _____ תדירות _____ מועד הפסקה _____ / _____ / _____
5	☐	☐	האם הינך צורך יותר מ- 14 פחיות/ כוסות של משקאות חריפים בשבוע?
6	☐	☐	האם הינך מעשן או עישנת בעבר? - אם כן ציין: _____
	☐	☐	כמות סיגריות ליום _____ מועד הפסקת עישון _____ / _____ / _____
7	☐	☐	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?
8	☐	☐	האם הנך מקבל ו/או קיבלת/ נדרשת לטיפול תרופתי לתקופה העולה על 3 חודשים (בשל כל אירוע שהוא לרבות האבחנות לעיל)?
* בעת מתן מענה חיובי נדרש למלא שאלון המשך (שאלון מחלות מפורט) לפי המספר השאלון המצוין בכל שאלה			

חתימה				
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח

ויתור על סודיות רפואית	
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 משחררת אתכם וכל רופא מרופאים 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, ומוותרת על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה 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.	
תאריך	חתימת המועמד לביטוח בקרן הפנסיה



טופס שאלות FATCA ו-CRS

פרטי בעל הפוליסה			
שם פרטי בעברית		שם משפחה בעברית	
מס' ת.ז.		מס' הבית	
כתובת(רחוב) בעברית		מס' הבית	
כתובת(רחוב) באנגלית		מס' הבית	

CRS-י FATCA	
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	
שם פרטי באנגלית	שם משפחה באנגלית
האם יש לך תושבות לצרכי מס במדינה נוספת מלבד ישראל: ☐ כן ☐ לא במידה וענית כן, אנא ציין מדינות תושבות ומספר TIN עבור כל מדינה:	
מדינה	מספר TIN
1.	
2.	
3.	

הנני מצהיר בזאת כי הנני משלם מס כדין בכל אחת ממדינות התושבות שצינתי 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

1	האם מסר / זוהה כמי שנולד ארה"ב? ☐ כן ☐ לא
2	האם מסר כתובת מגורים או כתובת למשלוח דואר (כולל ת"ד) במדינה זרה? ☐ כן ☐ לא
3	האם ביקש לקבל תשלומים קבועים לחשבון בנק במדינה זרה? ☐ כן ☐ לא
4	האם מסר מספר טלפון במדינה זרה? ☐ כן ☐ לא
5	האם ביקש לעדכן מוטב ו/או מיופה כוח שכתובתם במדינה זרה? ☐ כן ☐ לא
6	האם ביקש לעדכן כתובת יחידה שהיא "בטיפול של" או "אצל"? ☐ כן ☐ לא
7	האם התקבל כסף ממדינה זרה? ☐ כן ☐ לא

תאריך	מס' סוכן	חתימת הסוכן	חותמת הסוכנות
-------	----------	-------------	---------------



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 משפחה ² : 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			
☐ שכיר. שם המעסיק _____	☐ חבר קיבוץ		
☐ עצמאי	☐ אברך/תלמיד ישיבה		
☐ שכיר בעל שליטה	☐ חייל בשירות חובה או מתנדב בשירות לאומי		
☐ סטודנט	☐ לא עובד		
☐ גמלאי. עיסוק טרם הפרישה _____	☐ אחר (פרט) _____		
☐ קטין			
2. אם סומן ב- (1) עצמאי, אנא מלא את הפרטים הבאים:			
שם העסק _____			
מען העסק _____			
מחזור הכנסות שנתי _____			

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

1. מטרת ההתקשרות, מקור הכספים והפעילות המתוכננת		
1. מטרת פתיחת החשבון או חוזה ביטוח החיים:		
☐ חיסכון לטווח קצר (עד שנתיים)	☐ חיסכון לטווח ארוך (מעל שש שנים)	
☐ חיסכון לטווח בינוני (בין שנתיים לשש שנים)	☐ חיסכון לגיל פרישה	
2. מקור הכספים המופקדים		
☐ משכורת /קצבה	☐ תקבולים/הכנסות מעסק	
☐ חסכוניות שנצברו	☐ תקבולים מפעילות ניירות ערך בשוק ההון	
☐ מכירת עסק	☐ הלוואה	
☐ ירשה	☐ פיצויי פיטורין/פרישה	
☐ זכייה	☐ מכירת נכס	
☐ העברת כספים מקופת גמל אחרת	☐ השכרת נכס	
☐ מתנה	☐ כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה	
שם נותן המתנה _____	סוג העסק: _____	
זיקה לנותן המתנה _____	שם המדינה _____	
☐ תרומה	☐ אחר (פרט): _____	
3. סכום הפקדות שנתיות צפויות (ש"ח) _____		
4. תדירות הפקדות צפויה		
☐ חד פעמי	☐ חצי שנתי	
☐ חודשי	☐ שנתי	
☐ רבעוני	☐ אחר (פרט): _____	
5. אופן הפקדות הכספים בחשבון		
☐ המחאה	☐ הוראת קבע	☐ העברה בנקאית
6. האם צפויות הפקדות/משיכות בחשבון/חוזה ביטוח חיים מ/אל מדינה זרה? ☐ כן ☐ לא		
במידה וסומן כן, ציין את שם המדינה הזרה: _____		
7. האם ידוע לך בשלב זה על משיכות צפויות בחשבון בשנה הקרובה? ☐ כן ☐ לא		

ז. הצהרות		
1. האם בעבר גוף פיננסי סירב להעניק לך שירותים מסיבות הקשורות באיסור הלבנת הון או מימון טרור? ☐ כן ☐ לא		
☒	שם	תאריך
חתימה		
2. 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.		
3. הריני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה מלא ומהימן, ואני מתחייב/ת לדווח על כל שינוי בהצהרתי זו.		
☒	שם	תאריך
חתימה		

שאלון מוגבר		
מה מקור משאביך הפיננסיים ?		
☐ שכר מעבודה תפקיד אחרון : _____ שם המעסיק : _____ ☐ דיבידנד ☐ תקבולים מעסק ☐ ירושה ☐ ריבית מחסכונות ☐ פנסיה תפקיד אחרון טרם פרישה : _____ שם המעסיק טרם פרישה : _____	☐ תקבולים ממקורות אחרים פרט : _____ ☐ השקעות תחום השקעה : _____ ☐ שכר דירה / נדלן מניב ☐ ביטוח לאומי / תגמולי ביטוח ☐ אחר : _____ _____ _____	
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) ☐ לא ☐ כן, פרט: _____		
	X	
תאריך	שם	חתימה



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	תאריך לידה/התאגדות	מען

בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא במקרה שבו המצהיר הוא תאגיד):

שם	מס' זהות	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.

תאריך		חתימה

- לרבות שם המדינה שבה הוצא מסמך הזיהוי.
- ימולא אם חסר שם או מספר זהות.



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
☐ הפניקס פנסיה וגמל בע"מ	הפניקס פנסיה מקיפה	209	
☒ הפניקס פנסיה וגמל בע"מ	הפניקס פנסיה משלימה	671	
☐ הפניקס פנסיה וגמל בע"מ	קרן פנסיה יסוד "עמית"	347	
☐ הפניקס חברה לביטוח בע"מ	הפניקס ביטוח	קופת ביטוח	
☐ הפניקס חברה לביטוח בע"מ	פוליסת ביטוח	מחלות קשות / תאונות אישיות	

פרטי העמית / פרטי המבוטח						
☐ רווק ☐ נשוי ☐ גרוש ☐ אלמן ☐ ידוע בציבור	☐ ז ☐ נ					
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:

***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 עליי חובה חוקית למסור להפניקס פנסיה וגמל בע"מ (להלן: "החברה") כל מידע, למעט מידע שחלה עליי חובה למוסרו על פי דין לצורך קבלת השירותים. ידוע לי, כי מסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול ותפעול קרן הפנסיה שלי, לרבות עיבוד המידע הקיים במערכות החברה וזאת, בין היתר, באמצעות בינה מלאכותית בהתאם למדיניות הפרטיות של החברה כפי שתתעדכן מעת לעת והכל בכפוף להוראות הדין. ידוע לי כי ללא מסירת המידע החברה לא תעניק את השירותים המפורטים, כולם או חלקם. כמו כן, ידוע לי כי אוכל לפנות לחברה בכל עת בבקשה לעיין במידע אודותי ולתקנו ככל ואינו מדויק. ☐ 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 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. זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן הפנסיה, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן הפנסיה www.fnx.co.il.	
תאריך חתימה	חתימת העמית/חתימת המבוטח

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.	
X	
חתימת בעל רישיון	תאריך חתימה

לשימוש פנימי	
מס' פוליסה / הצעה	מס' קולקטיב

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

תאריך

לכבוד

בנק	מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
סניף	611	שם המוסד (המוטב)	קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)

○ הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או -

הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות 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 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.
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 הסוכנות

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
תאריך
שם הסוכן/הסוכנת
מס' הסוכן/הסוכנת

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



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

עמית - פעיל	עמית - לא פעיל
מס' הסוכן	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.

לכבוד

(שם הגוף המנהל של קופת הגמל המעבירה) (שם קופת הגמל המעבירה ומס' מ"ה)

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	(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).	
בהעברה מקופת גמל שאינה קרן חדשה זכאית לקרן חדשה זכאית - הסכום המרבי שניתן להעביר לפי תקנה (ד2) (1) 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

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה
עמית פעיל	עמית לא פעיל		
כתובת	בקופת הגמל המעבירה		

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

בקשת העברה

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

לגבי עמית נתון לאפוטרופוס

שם האפוטרופוס	ת.ז.	חתימת האפוטרופוס
---------------	------	------------------

2	אני מבקש להעביר את (יש לסמן אפשרות אחת בלבד). ○ מלוא הכספים (ברירת מחדל) ○ סכום להעברה ש"ח ○ שיעור מתוך הסכומים שנצברו לזכות העמית בחשבונו לפי העניין % ○ סכום הכספים שהופקדו בחשבון עד יום ○ סכום הכספים שהופקדו בחשבון החל מיום 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 מספר החשבון בקופת הגמל המקבלת ולאחר שקראתי בעיון את התנאים שנקבעו לעניין הכיסוי הביטוחי בקופת הגמל המקבל והוסברו לי תנאים אלה היטב, ככל שנקבעו תנאים כאמור. לידעיתך 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 בחשבון בקופה המעבירה, בכל מרכיבי החשבון ובכל מסלולי ההשקעה	שנצברו לזכותי ○ בכל מרכיבי החשבון (ברירת מחדל) ○ במרכיבי הפיצויים ○ במרכיבי התגמולים
---	---	---

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 לסיכונים מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכונים נכות - ככל שנקבעו, ואשר נדרשים לפי הוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר לפי סעיף (ד23) לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ה-2005, להפניקס 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: 1. לא קיים צו עיקול על חשבוני בקופה המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל; 2. לא קיים שעבוד שנושע כדן על חשבוני בקופה המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל; 3. לא קיימת בחשבוני 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 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 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 לראשונה ב (שם קופת הגמל המקבלת) כספים, אלא אם כן אודיע להפניקס פנסיה וגמל 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.
---	---

7	לגבי עמית פעיל שעובר לקרן חדשה בלבד - אני מצהיר כי למיטב ידיעתי הקופה המעבירה לא קבעה לגבי תנאים או סייגים לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכונים מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכונים נכות; אני מצהיר כי למיטב ידיעתי הקופה המעבירה קבעה לגבי תנאים או סייגים לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכונים נכות או הכיסוי הביטוחי לסיכונים נכות; ידוע לי כי ככל שנקבעו לגבי תנאים או סייגים לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכונים נכות או הכיסוי הביטוחי לסיכונים נכות, בפרק המקבלת. בהעברה מקופת גמל שאינה קרן חדשה זכאית לקרן חדשה זכאית במידה שיתרת הכספים המועברים לפי סעיף 2 לעיל עולים על הסכום המירבי, אני נותן בזה את הסכמתי לכך שהפרש שבין היתרה האמורה לבין הסכום המירבי יועבר ל- (מספר אישור מס הכנסה של קופת הגמל המקבל ככל שאינה קופת ביטוח עש, שם קופת הגמל המקבלת) מספר החשבון בקופת הגמל המקבלת ⁽⁴⁾
---	--

8	חתימתי על בקשה זו נעשית לאחר שקראתי אותה בעיון ותוכנה הוסבר לי היטב, ולאחר ששקלתי את האמור בה וגמרתי אומר להתחייב בה. לידעיתך, בקשת העברה זו ניתנת לביטול ובלבד שהכספים טרם הועברו. 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

לגבי עמית נתון לאפוטרופוס	שם האפוטרופוס	תאריך	חתימת העמית
---------------------------	---------------	-------	-------------

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.



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

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כוח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו. קוד מסמך 714
(O צורך מסמך זהו 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
מיופה 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 מטעמו, 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 בקשותי להצטרפות למוצר או העברת בקשותי 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 רישיון 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

X	חתימת הלקוח		ולראיה באתי על החתום:
תאריך החתימה	X		
X	שם סוכן הביטוח / היועץ הפנסיוני	חתימת 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 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 שהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני שהגדרתו בסעיף 31(2)(ז) לחוק הייעוץ הפנסיוני.
5. "תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.

עמית יקר,

אנו מברכים אותך עם הגיעך לגיל הפרישה ושמחים ללוות אותך בתהליך זה.

לנוחיותך, הכנו עבורך "אוגדן מסמכים" שמרכז את המידע הנדרש לשם הגשת תביעה ומקל עליך את הגשתה.

בכדי שנוכל לטפל בפנייתך בהקדם האפשרי, יש לצרף לבקשה את המסמכים הבאים:

1. טופס בקשה לקבלת פנסיית זקנה (חשוב, שים לב לבחירת מסלול הפרישה בטופס, אי סימון במקום המתאים משמעותו טופס לא תקין).
2. צילום תעודת זהות בהיר וקריא של הפורש/ת ושל בן/ בת זוג כולל ספח פתוח.
3. צילום צ'ק/ אסמכתא בנקאית הכוללת את פרטי החשבון ותעודת הזהות של המבוטח.
4. טופס 101/ אישור מפקיד שומה
- תשלום הקצבה מחויב בניכוי מס הכנסה. עליך להחזיר אלינו את הטופס כשהוא מלא וחתום על ידך, במקרה שאין מדובר בהכנסה יחידה יש לצרף גם אישור לניכוי מפקיד שומה.
- שים לב - במקרים בהם לא יועבר טופס 101 תקין/אישור פקיד שומה ינוכה מס מרבי מתשלום הקצבה כמתחייב בחוק.
5. ידוע/ה בציבור - יש לצרף אישור של ערכה משפטית מוסמכת או אישור המוסד לביטוח לאומי.
6. מועד הפרישה ייקבע לפי המאוחר מבין אלה:
א. ה- 1 לחודש שתבחר בטופס הבקשה.
ב. ה- 1 לחודש העוקב למועד בו אישרה החברה המנהלת את הבקשה לפנסיית זקנה.
7. אם הנך ממשיך לעבוד אצל מעסיק והנך מבקש לקבל פנסיית זקנה, נדרש להמציא אישור מעסיק המופנה לקרן הפנסיה - הפניקס פנסיה וגמל בע"מ, לפיו המעסיק משחרר את כספי הפיצויים.

עם המצאת מלוא המידע והמסמכים כשהם מלאים וחתומים כנדרש, תועבר התביעה להמשך טיפול על ידי מחלקת תביעות פנסיה. אי המצאת מלוא המידע והמסמכים הנדרשים עשויה לעכב את הטיפול בתביעה ואף להביא להפסקת הטיפול בה ולסגירתה.

את המסמכים ניתן להעביר בכל אחת מהדרכים הבאות:

כתובת הדואר האלקטרוני: Tpensya@fnx.co.il

פקס תביעות פנסיה שמספרו: 03-7337942

בברכה,

מחלקת תביעות פנסיה

הפניקס פנסיה וגמל בע"מ

הנחיות להגשת בקשה לקבלת פנסיית זיקנה - הפניקס פנסיה מקיפה ומשלימה

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

לתשומת לבך, חובה להעביר את המסמכים הבאים:

1. טופס בקשה לקבלת פנסיית זקנה.
2. צילום תעודת זהות בהיר וקריא של העמית ושל בן/בת הזוג כולל ספח פתוח.
3. צילום צ'ק/ אסמכתא בנקאית הכוללת את פרטי החשבון ותעודת הזהות של המבוטח.
4. טופס 101/אישור פקיד שומה, **שים לב - במקרים בהם לא יועבר טופס 101/אישור פקיד שומה ינוכה מס מרבי מתשלום הקצבה כמתחייב בחוק. כמו כן, במידה והקצבה שתשלום של מחברתנו אינה הכנסתך היחידה, (חוץ מקצבת ביטוח לאומי), הנך נדרש בנוסף לפנות לפקיד שומה באזור מגוריך לביצוע תיאום מס בהתאם.**
5. ידוע/ה בציבור - יש לצרף אישור של ערכה משפטית מוסמכת המכריזה על בני הזוג כידועים בציבור או אישור המוסד לביטוח לאומי.
6. אם ברשותך קרן פנסיה מקיפה וקרן פנסיה משלימה נדרש לפנות לפקיד שומה באזור מגוריך לביצוע תיאום מס בהתאם.

יועץ פנסיוני/סוכנות/מפקח	שם יועץ/ הסוכן	מס' סוכן	מס' מעסיק	חותמת תאריך קבלת הטופס
--------------------------	----------------	----------	-----------	------------------------

האם הנך ממשיך לעבוד אצל המעסיק הנוכחי ממנו מבוקשת פנסיית זקנה בגין רכיב הפיצויים? כן * לא

האם יהיו הפקדות שוטפות בפניקס מהמעסיק שצוין בטופס ההצטרפות? כן לא

*במידה וציינת כן, נדרש לחתום על טופס ההצהרה "תשלום קצבת זקנה לעמית שממשיך לעבוד" המופנה לקרן הפנסיה

פרטים אישיים

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	תאריך לידה
☐ זכר ☐ נקבה ☐ רווק ☐ נשוי ☐ גרוש ☐ אלמן ☐ ידוע בציבור * חובה לסמן מצב משפחתי	☐ מצב משפחתי ☐ דואר אלקטרוני	☐ מין ☐ כתובת (רחוב, מס')	☐ ת.ד. / מיקוד ☐ ישוב ☐ טלפון ☐ נייד

פרטי התקשרות

באפשרותך לקבל הודעות ומסמכים מהחברה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות: בדואר ישראל או בדואר אלקטרוני. נא הודיענו מהו אמצעי ההתקשרות המועדף עליך. לתשומת לבך, לצורך קבלת הודעות ומסמכים באמצעות דואר אלקטרוני יש להעביר לחברתנו מספר טלפון נייד בצירוף לכתובת הדואר האלקטרוני. בהיעדר קבלת עדכון בחברתנו על אמצעי ההתקשרות המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך באמצעות דואר ישראל.

בחירה במשלוח הודעות באמצעות דואר אלקטרוני תכלול את כל המסמכים הרלוונטיים לתביעה, לרבות מכתבים הנוגעים לנושא "מקבלי קצבאות השווים בחו"ל" ותסייע לחברה להעניק לך את השירות הטוב, המהיר והיעיל ביותר.

☐ כתובת דוא"ל

לא ניתן לקבל מסמכים בדוא"ל ללא ציון מספר טלפון נייד. מספר טלפון נייד _____ לקבלת קוד כניסה לדוא"ל.

☐ דואר ישראל לכתובת _____ מיקוד _____

☐ אבקש כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות פנסיה עתידיות.

מועד קבלת הקצבה

צוין את המועד בו הינך מבקש להתחיל לקבל קצבת זקנה ____/20____ / ____/01.

לתשומת ליבך, מועד הזכאות הראשון לקבלת קצבת זקנה יהיה המאוחר מבין אלה:

(1) ה-1 לחודש שצוין העמית בבקשה לקבלת קצבת זקנה, ובלבד שמועד זה חל לאחר אישור הבקשה על ידי החברה המנהלת.

(2) ה-1 לחודש העוקב למועד אישור הזכאות לקבלת קצבת זקנה בהתאם לסעיף 44(ד).

תקופת תשלומים נוספים

באפשרותך לבקש תשלום נוסף של חודש עד שלושה חודשי קצבה בעד החודשים שקדמו למועד הזכאות הראשון לקבלת קצבת הזקנה. ככל והנך מעוניין, עליך למלא מטה את מספר התשלומים הנוספים המבוקשים:

הנני מבקש תשלום נוסף של:

☐ חודש ☐ חודשיים ☐ שלושה חודשי קצבה, בעד החודשים שקדמו למועד הזכאות הראשון לקבלת קצבת הזקנה (להלן: "תקופה נוספת של תשלומי קצבה").

לידיעתך התשלום הנוסף מותנה בכך שגילך בחודש הראשון בתקופה הנוספת של תשלומי הקצבה לא יהיה נמוך מגיל הזכאות המינימלי לקבלת הקצבה (גיל 60).

שים לב, על פי סעיף 46 (ב) "לתקנון": חישוב קצבת הזקנה לעמית שבחר בתקופה נוספת של תשלומי קצבה כאמור בתקנון, יעשה על ידי חלוקת היתרה הצבורה המעודכנת ליום הקודם למועד הזכאות הראשון לקבלת קצבת זקנה, במקדם ההמרה לקצבת זקנה כשהוא מוגדל במספר החודשים שביקש העמית לתשלום בתקופה הנוספת של תשלומי הקצבה.

בחירת שיעור קצבת שאירי פנסיונר			
☐ היעדר שאירים ככל וקיימים שאירים, עליך לבחור את שיעור הקצבה מתוך קצבת הזקנה שלך אשר ישולם לשאריך לאחר פטירתך			
☐ בן זוג נשוי כדין ☐ בן זוג ידוע בציבור (יש להעביר את המסמכים הנדרשים להכרה בידוע בציבור)			
שם מלא	ת.ז.	תאריך לידה	אחוז (בין 30%-100%)
☐ ילד מתחת לגיל 21			
שם מלא	ת.ז.	תאריך לידה	אחוז
☐ בן נבחר עם מוגבלות			
שם מלא	ת.ז.	תאריך לידה	אחוז
לתשומת ליבך, סך אחוזי הפנסיה לכלל השאירים לא יעלה על 100%.			

בחירה בתקופת תשלומים מובטחים	
תקופה זו מבטיחה המשך תשלום של קצבת הזקנה המלאה לשאירים במידה והפנסיונר נפטר, וטרם הסתיימה התקופה האמורה. ☐ ללא תקופת הבטחה ☐ עם תקופת הבטחה נא לסמן את התקופה המבוקשת (בחודשים): 240 ☐ 180 ☐ 120 ☐ 60 ☐	
עמית רשאי לבחור במועד הבקשה לקבלת פנסיית זקנה בתקופת תשלומים מובטחים ובלבד ש: - העמית לא היה זכאי לקבלת קצבת נכות במהלך 24 החודשים שקדמו למועד הגשת הבקשה - גיל העמית בתום תקופת התשלומים המובטחים לא יעלה על גיל 87. בהגיע העמית לגיל 87 במהלך תקופת ההבטחה תקוצר תקופת ההבטחה לגיל זה.	

מוטבים בבחירה בתקופת הבטחה			
ככל ובחרת בתקופת תשלומים אשר תבטיח את המשך תשלום קצבת הזקנה שלך לשאריך לאחר פטירתך, יש לבחור מוטבים ולציין את חלקם היחסי בתשלומים במקרה של היעדר שאירים			
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חלק יחסי ב- %
1			
2			
3			
4			
5			
ככל שקיימים מוטבים נוספים נא לצרף את פרטיהם בדף נפרד.			

נא סמן את הקרנות והרכיבים בינם הינך מבקש לקבל פנסיית זקנה:	
"הפניקס פנסיה מקיפה": ☐ מלוא הכספים הרשומים לזכותי בקרן הפנסיה (תגמולים+פיצויים) ☐ בגין מלוא התגמולים בלבד (ללא רכיב פיצויים) ☐ אחר _____	"הפניקס פנסיה משלימה": ☐ מלוא הכספים הרשומים לזכותי בקרן הפנסיה (תגמולים+פיצויים) ☐ בגין מלוא התגמולים בלבד (ללא רכיב פיצויים) ☐ אחר _____
*** במידה ולא סומנה אף אחת מהאפשרויות יבוצע תשלום ממלוא הכספים (פיצויים + תגמולים) העומדים לרשותך בקרן הפנסיה.	

היוון קצבת הזקנה
א. עבור חלק הקצבה הנמוך או השווה לסכום הקצבה המזערי: עמית רשאי להוון שיעור של עד 25% לתקופה של עד 5 שנים. ברצוני להוון _____% (עד 25%) מהקצבה לתקופה של _____ שנים (עד 5 שנים)
ב. עבור חלק הקצבה העולה על סכום הקצבה המזערי: עמית רשאי להוון את כל חלק הקצבה העולה על סכום הקצבה המזערי. ☐ ככל שהנני זכאי לקצבה הגבוהה מהקצבה המזערית, אבקש לבצע היוון של חלק הקצבה העולה על סכום הקצבה המזערי, בהתאם לתקנון. במקרה של היוון קצבה, יש להמציא אישור פקיד שומה לקביעת גובה שיעור המס.

הוראה לתשלום			
אבקש להפקיד את הסכום ב:			
שם הבנק	סניף	חשבון	שם בעל החשבון

הצהרה

1. הריני מצהיר כי כל הנתונים והפרטים שמסרתי מלאים ונכונים.
2. ידוע לי כי זכויותי וזכויות בן/בת זוג בקרן הפנסיה לרבות הזכויות לפנסיה זקנה ולפנסיה שאירים נקבעת על פי התקנון ועל פי הנתונים שמסרתי בטופס זה, כפי שסימנתי לעיל.
3. ידוע לי כי החלטותי סופיות ואינן ניתנות לביטול או שינוי והחל ממועד קבלת הקצבה הראשונה לא תהא כל אפשרות לחרטה ולא ניתן יהיה להעביר כספים מקרן הפנסיה שהומרו לקצבה מאחר וחשוב הפנסיה נקבע על פיהן.
4. ידוע לי כי אם יתברר שהפרטים שמסרתי כולם או חלקם אינם נכונים תהיה החברה רשאית לבטל את זכויותי לפנסיה, לרבות קיזוז הסכומים ששלמה לי מהסכומים העומדים לזכותי בקרן.
5. ידוע לי כי אם לא סומן אחוז לבן/בת זוג (במידת הצורך) מסלול הפרישה ותקופת ההבטחה, יופסק הטיפול בתביעה לקבלת פנסיה זקנה.
6. ידוע לי כי במידה ופנסיה הזקנה החודשית אותה אני צפוי לקבל (מהקרן המקיפה בלבד או מהקרן המשלימה בצירוף פנסיה הזקנה מהקרן המקיפה) הינה נמוכה מפנסיה מינימום בהתאם לתקנון הקרן, הפנסיה החודשית תקטן בשיעור של 6% מההפרש שבין פנסיה המינימום לבין הפנסיה המשולמת בנין דמי ניהול.
7. ידוע לי כי הקרן תנכה מכל תשלום פנסיה זקנה המגיע לי ו/או לשארי/יורשי/מוטבתי, כל חוב הרשום על שמי ו/או על הרשומים לעיל לרבות, יתרת הלוואה מהקרן.
8. ידוע לי כי הקרן תנכה מכל תשלום פנסיה זקנה המגיע לי, לשארי/יורשי/מוטבתי, את מלוא המסים או הניכויים בהתאם להוראות תקנון הקרן ולכל דין כפי שיהיו מעת לעת.
9. הרינו לעדכך כי בהתאם להוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון, כל עמית שיגיש בקשה לקבלת פנסיה זקנה לאחר יום 1 באוגוסט 2015, אזי מנגנון עדכון הקצבה החודשית יהיה בהתאם למנגנון שייקבע עם פרסומן הסופי של הוראות הקבועות בטיטות החוזרים: 2004/9 שעניינו הוראות לניהול קרן חדשה, 14-3-2005 שעניינו הוראות לניהול קרן כללית".
10. אני מתחייב כי במידה ובעת תקופת תשלום הקצבה אשה מחוץ לישראל למשך תקופה העולה על 6 חודשים אעזכן בכך את הפניקס, אמסור לה פרטים ליצירת קשר עימי בתקופת שהותי מחוץ לישראל ובנוסף אעביר להפניקס 'אישור חיים' על פי נהלי הפניקס וזאת אחת ל-6 חודשים.

חתימת המבוטח

X			
חתימת המבוטח	ת.ז.	שם המבוטח	תאריך

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.

הסכמה לפנסיה הנמוכה מפנסיית מינימום

הריני מאשר כי ידוע לי כי פנסיית הזקנה החדושת אותה אני צפוי לקבל (מהקרן המקיפה בלבד או מהקרן הכללית בצירוף פנסיית הזקנה מהקרן המקיפה) הינה נמוכה מפנסיית ממינימום (5% מהשכר הממוצע במשק).

החני מודע כי בהתאם להוראות התקנון הפנסיה החודשית תקטן בשיעור של 6% מההפרש שבין פנסיית המינימום לבין הפנסיה המשולמת בגין דמי ניהול.

עמית רשאי לדחות את מועד קבלת הקצבה עד למועד בו מקדם ההמרה לקצבה או סכום היתרה הצבורה יאפשר לו לקבל קצבת זקנה בסכום השווה או העולה על קצבת מינימום.

חתימה

X			
חתימה	תאריך	ת.ז.	שם המבוטח

נדרש למילוי רק במקרים בהם הפדיון הינו מקרן פנסיה משלימה שנפתחה לאחר שנת 2002 והכספים הינם כספי תגמולים לעצמאיים (לא כולל תגמולי שכיר/מנהלים)

טופס הצהרת מוטב למקרה חיים/מוטב למקרה מוות

תוספת שלישית - (סעיף 5 (ד))

קוד מסמך 3123

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

אני: _____ (שם המוטב ובתאגיד מוטב - שם התאגיד), בעל מס' זהות: _____ מצהיר בזה כי:

☐ אני פועל בשביל עצמי ולא בשביל אחר ואין נהנה זולתי מפעולת קבלת תגמולי הביטוח/משיכת הכספים מהחשבון.

☐ הנהנים מקבלת תגמולי הביטוח/משיכת הכספים מהחשבון הם:

שם	מס' זהות ¹	תאריך לידה/התאגדות ²	מען

☐ 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.

תאריך		חתימה

1. לרבות שם המדינה שבה הוצא מסמך הזיהוי.

2. ימולא אם חסר שם או מספר זהות.

תשלום קצבת זקנה לעמית שממשיך לעבוד

לכבוד

הפניקס פנסיה וגמל בע"מ

הצהרת העמית

אני הח"מ _____ בעל/ת מספר זהות _____ מצהיר/ה בזאת כי הנני מודע/ת לכך כי קבלת קצבה חודשית בגין כספי הפיצויים מחשבון הקרן שמספרה _____, שוללת את זכאותי בעתיד לפדיון כספי פיצויים אלה כסכום הוני, שהצטברו אצל המעסיק הנוכחי.

תאריך	שם העמית		חתימה

הצהרת המעסיק

אני המעסיק בחשבון הקרן שמספרה _____ מבקש לשחרר לטובת העובד/ת _____ בעל/ת מספר זהות _____ את כל כספי הפיצויים והתגמולים הצבורים בחשבון הקרן.
* לא נדרש להציג אישור מעסיק: (1) בהגיע אישה לגיל פרישה בהתאם לשנת הלידה והוראות הדין וגבר לגיל 67 (2) לפי רישומי החברה חתומה מול המעסיק הנוכחי על סעיף 14 לפי חוק פיצויי פיטורים

תאריך	שם המעסיק	חתימה וחותמת המעסיק	



ג 0101/130

למילוי ע"י גימלאי/ת

כרטיס עובד⁽¹⁾ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד⁽¹⁾

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

סמך/י ✓ בריבוע המתאים

שנת המס

טופס זה ימולא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת⁽¹⁾ העובד, אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים.

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
			9

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה	מין ☐ זכר ☐ נקבה
כתובת פרטית		מספר טלפון	מספר טלפון נייד		
רחוב/שכונה	מספר	עיר/ישוב	מיקוד	קידומת	קידומת
כתובת דואר אלקטרוני	חבר קיבוץ/ מושב שיתופי	מצב משפחתי	תושב ישראל	חבר בקופת חולים	לא ☐ כן ☐
	כן ☐ לא ☐	☐ רווק/ה ☐ נשוי/אה ☐ גרוש/ה ☐ אלמן/ה ☐ פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	שם הקופה

ג. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
☐ אין לבן/בת הזוג כל הכנסה		☐ יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: ☐ עבודה/קיצבה/עסק ☐ הכנסה אחרת		

ד. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות) ה. פרטים על הכנסות אחרות

סמך/י ✓ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך בטור 2 אם את/ה מקבלת/ת בגינו קצבת ילדים מ"ל		שם	מספר זהות	תאריך לידה
1	2			

☐ אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות⁽¹⁾

☐ יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

☐ משכורת חודש⁽²⁾ ☐ קצבה⁽⁶⁾

☐ משכורת בעד משרה נוספת⁽³⁾ ☐ מלגה⁽¹⁾

☐ משכורת חלקית⁽⁴⁾ ☐ ממקור אחר

☐ שכר עבודה (עובד יומי)⁽⁵⁾

ו. אישורים מצ"ב

☐ אישור פקיד השומה לתיאום מס.

ז. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות

1 ☐ אני נכה 100% / עיוור/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בפרק ה' כי "אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.
2 ☐ אני תושב/ת קבוע/ה ביישוב מזכה ⁽⁷⁾ מתאריך _____. אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.
3 ☐ אני הורה במשפחה חד הורית ⁽⁸⁾ החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 4 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.
4 ☐ בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ד. ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד ⁽⁹⁾ . ☐ מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ ☐ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____ ☐ מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____ ☐ מספר ילדים שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____
5 ☐ בגין ילדיי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 4 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד ⁽⁹⁾ . ☐ מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ ☐ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____
6 ☐ אני הורה יחיד ⁽⁹⁾ לילדים שבחזקתי (המפורטים בסעיף 4 ו-5 לעיל).
7 ☐ בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ד ואני משתתף/ת בכלכלתם. ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.
8 ☐ אני הורה לילד נטול יכולת שטרם מלאו לו 19 שנים, בגינו אני מקבל/ת גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי. מצורף אישור גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי לשנה נוכחית. בן זוגי אינו מקבל נקודות זיכוי אלה. לילדי, בגינו אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית.
9 ☐ בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. (מצורף פסק דין).
10 ☐ בגין סיוע לימודים לתואר אקדמי, סיוע התמחות או סיוע לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ח. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטיי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

חתומת הגימלאי/ת

תאריך

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) **"עובד"** יחיד המקבל משכורת. **"מעביד"** אדם המשלם משכורת. **"משכורת"** הכנסת עבודה, קצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מלגה וכיו"ב. **"עבודה"** לרבות קבלת משכורת.
- (2) **משכורת חודש** - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ - 18 יום בחודש.
- (3) **משכורת בעד משרה נוספת** - משכורת בעד עבודה של יותר מ - 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".
- (4) **משכורת חלקית** - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ליום אך פחות מ-8 שעות בשבוע.
- ממשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.**
- (5) **שכר עבודה** - משכורת בעד עבודה של פחות מ - 18 יום בחודש אך לא פחות מ - 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (6) **קצבה** - מקצבה שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה. אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
- (7) **ישוב מזכה** - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.
- (8) **הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה:** רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (9) **הורה יחיד** - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.