

טופס הצטרפות לקרן פנסיה מקיפה 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						
<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ידוע בציבור	1 2 3					
מצב משפחתי	מין*	תאריך לידה*	מס' זהות / דרכון*	שם משפחה קודם	שם משפחה*	שם פרטי*
מיקוד	דירה	בית*	רחוב*	ת.ד.	יישוב*	

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

<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> שכיר בעל שליטה <input type="checkbox"/> עצמאי באמצעות מעסיק					כתובת דוא"ל לקבלת הודעות ומסמכים	
מעמד*	טלפון קווי	טלפון נייד				

פרטי בן/בת זוג

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות / דרכון	תאריך לידה	מין
				1 2 3

פרטי ילדים עד גיל 21

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות / דרכון	תאריך לידה	מין
				1 2 3
				1 2 3
				1 2 3

פרטי המעסיק

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

מסלול ביטוח בקרן

מסלולי הביטוח בקרן הפנסיה נבדלים זה מזה בהיקף הכיסוי הביטוחי הניתן למקרה נכות או פטירה.	שם מסלול הביטוח	גיל הפרישה במסלול
	<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 75% לנכות ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) (10)	67 64 62 60
	<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 47 ומעלה) (11)	67 64 62 60
	<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה) (12)	67 64 62 60
	<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 75% לנכות ו- 40% לשאירים (13)	67 64 62 60
	<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 45 ומעלה) (14)	67 64 62 60
	<input type="checkbox"/> מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו- 40% לשאירים (15)	67 64 62 60
	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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 בניגן 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 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 וילידים. אין לי בן/בת זוג ואין לי ילד שגילו פחות מ-21.
- ידוע לי כי בחלוק שנתיים ממועד אישור הבקשה יחודש הכיסוי הביטוחי לשאירים וינכז 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.

- 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 וילידים

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 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 אלמנה ובהתאם להוראות סעיף 99 לתקנון הקרן "קצבת שאירים 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
		שיעור מתוך סכום ההפקדה	שיעור מתוך סכום ההפקדה
	מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית (9999) - מסלול ברירת המחל	%	%
9974	הפניקס פנסיה מקיפה לבני 50 ומטה (50)	%	%
9975	הפניקס פנסיה מקיפה לבני 50 עד 60 (150)	%	%
9976	הפניקס פנסיה מקיפה לבני 60 ומעלה (250)	%	%
2189	הפניקס פנסיה מקיפה כספי (שקלי) (62)*	%	%
2188	הפניקס פנסיה מקיפה אשראי ואג"ח (61)	%	%
2187	הפניקס פנסיה מקיפה מניות (60)	%	%
14285	הפנסיה פנסיה מקיפה משולב סחיר (1002)	%	%
15217	הפניקס פנסיה מקיפה אג"ח סחיר (1008)	%	%
15218	הפניקס פנסיה מקיפה מניות סחיר (1009)	%	%
14286	הפניקס פנסיה מקיפה עוקב מדדים גמיש (1003)	%	%
13335	הפניקס פנסיה מקיפה עוקב מדד S&P 500 (52)	%	%
9979	הפניקס פנסיה מקיפה עוקב מדדי אג"ח (53)	%	%
15219	הפניקס פנסיה מקיפה עוקב מדדי מניות (1010)	%	%
9984	הפניקס פנסיה מקיפה הלכה (64)	%	%

***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 המחל.

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 המחל בקרן תותנה בקבלת אישור המעסיק.

דמי ניהול בקרן הפנסיה

<input type="radio"/> דמי ניהול משתנים בהתאם לצבירה האישית על פי מסמך מצורף	<input type="radio"/> שיעור דמי ניהול מצבירה (שנתי)	%
	<input type="radio"/> שיעור דמי ניהול מההפקדה (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 ("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 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 אפוטרופוס - (חובה ככל שאפוטרופוס מעורב בתהליך)

טופס בקשה להעברת כספים - בהתאם להוראות הממונה (רשות)

תעודת זהות (במקרה של וויתור 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 אפוטרופוס	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":

מההפקדה החודשית	מסך החיסכון	דמי ניהול ממוצעים בקרן בשנת 2024
1.55%	0.15%	

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

הצהרת בריאות - פנסיה קוד מסמך 303

שאלון הצהרת בריאות

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 הינו 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?	19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	האם אושפזת ו/או נדרשת לאישפוז (כולל אישפוז יום) במהלך 3 השנים האחרונות?	20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	האם חלית באחת או יותר מהמחלות שלהלן:			
	א	מחלת לב וכלי דם	2/3/4	<input type="radio"/>
	ב	גידול שפיר או ממאיר (סרטן)	17	<input type="radio"/>
	ג	מחלת נשימה	16	<input type="radio"/>
	ד	מחלת כליות וזרכי שתן		<input type="radio"/>
	ה	מחלת עיכול, כבד, הפטיטיס או לבלב	10	<input type="radio"/>
	ו	מחלת חילוף חומרים כגון סוכרת או יתר שומנים בדם	5/6	<input type="radio"/>
	ז	מחלה נוירולוגית כגון אירוע מוחי, טרשת נפוצה פרקינסון או אפילפסיה	8	<input type="radio"/>
	ח	אבחנה נפשית	15	<input type="radio"/>
	ט	הפרעה או כאבים במערכת השלד או מחלה ראומטולוגית	12/13/14	<input type="radio"/>
י	נשא HIV, איידס		<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 הינך מעשן או עישנת בעבר? - אם כן ציין: _____ כמות סיגריות ליום _____ מועד הפסקת עישון _____ /_____ /_____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	האם הנך מקבל ו/או קיבלת, נדרשת לטיפול תרופתי לתקופה העולה על 3 חודשים (בשל כל אירוע שהוא לרבות האבחנות לעיל)?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* בעת מתן מענה חיובי נדרש למלא שאלון המשך (שאלון מחלות מפורט) לפי המספר השאלון המצוין בכל שאלה

חתימה

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

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותנת/נותן 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 מסניפיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל, ומוותרת/ת על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עצבוננו ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, וכן הנני מיפה את המבקש לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

<input checked="" type="checkbox"/>			
תאריך	חתימת המועמד לביטוח בקרן הפנסיה		

אישור יועץ פנסיוני / סוכן ביטוח פנסיוני

הריני מאשר כי המבוטח חתם על הבקשה לאחר שקבל יעוץ על פי חוק הפיקוח על נכסים פנסיוניים (עיסוק ביעוץ פנסיוני ובשיוק פנסיוני) התשס"ה 2005.

<input checked="" type="checkbox"/>			
תאריך	שם	מס' רישון	חתימת יועץ פנסיוני/סוכן ביטוח פנסיוני

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת			
שם החברה המנהלת*	שם קרן הפנסיה*	הפניקס פנסיה מקיפה	209
מספר חשבון של העמית בקרן	קוד קרן הפנסיה		

פרטי העמית						
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מיין*	מס' 209
<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ידוע בציבור						
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

יידוע 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 אודותיי 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 פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל: Infom@fnx.co.il או לכתובת: דרך השלום 53, גבעתיים 5345433.

X		
חתימת העמית*		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 לאחר שהעמית זוהה על ידי.

X		
חתימת בעל רישיון		תאריך חתימה

מס' פוליסה / הצעה	מס' קולקטיב
-------------------	-------------

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון קוד מסמך 2708

תאריך

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

○ 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.

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

1	אני/אנו הח"מ _____ מס' זהות _____ ח.פ. _____ ("הלקוחות") 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). כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:
2	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 רשאים 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 רשאים 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 מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
<input checked="" type="checkbox"/> חתימת הלקוחות	

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.

	<input checked="" type="checkbox"/>	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.

תאריך	שם הסוכן/הסוכנת	מס' הסוכן/הסוכנת	חתימה + חותמת סוכנות
_____	_____	_____	<input checked="" type="checkbox"/>

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

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)

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

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של בעל הרישיון מי מטעמו, לפנות בשמי לכל גוף מוסד² המפורט לעיל לשם קבלת מידע³ אודות מוצרים פנסיוניים⁴ ותכנית ביטוח⁵ 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 מנהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יעבר 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
		<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>

* במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי 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. תקופו 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	ולראיה באתי על החתום:
תאריך החתימה	חתימת הלקוח		X	
X	X	שם סוכן הביטוח / היועץ הפנסיוני	X	
תאריך החתימה	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 כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31(ו2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.
5. **תכנית ביטוח** - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.

קוד מסמך 3292

אישור מעסיק לבחירת מסלול השקעה לכספי פיצויים

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

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

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

אישור המעסיק לבחירת מסלול השקעה לכספי פיצויים

יש לחתום על סעיף זה אם נבחר מסלול השקעה לפיצויים שונה ממסלול ברירת מחדל- "מודל תלוי גיל".	
תאריך	חתימה וחותמת המעסיק

חתימת העמית		
תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימת העמית

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.

נספחים

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 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 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 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.

X	
חתימת העמית	

פירוט נתונים נוסף

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