

## הצעה לתוכנית BEST INVEST (בסט אינווסט) לשכירים להפקדות חד פעמיות / להעברות מקופות גמל

למנהלים ועובדים שכירים  60+ למנהלים ועובדים שכירים

שם המשווק הפנסיוני:	מס' משווק פנסיוני:
---------------------	--------------------

1. פרטי המעסיק			
שם המעסיק	מספר חברה (ח.פ.) או זהות	שם איש קשר	
רחוב	מספר	ת.ד.	יישוב
מס' טלפון	מס' פקס	דוא"ל	מיקוד

2. פרטי המבוטח / המועמד לביטוח (יש לצרף צילום תעודת זהות)			
שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה
רחוב	מספר	דירה	ת.ד.
מס' טלפון נייד	מס' טלפון נייד	מקצוע	עיסוק בפועל
דוא"ל			

אני מעוניין לקבל את מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, דוח תקופתי והמכתבים באמצעות דיגיטליים (דואר אלקטרוני / מסרון לטלפון הנייד) הקיימים ברשות הכשרה העדכניים במועד המשלוח וזאת במקום קבלתם באמצעות דואר ישראל.  
כלל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אנא סמן .  
לידיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון \*3453 / באתר האינטרנט [www.hcsra.co.il](http://www.hcsra.co.il)  
בחירתך לשליחת המיידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).

3. פרטי התשלום	
<input type="checkbox"/> העברה מקופה אחרת (יש לצרף בקשת העברה המצורפת כנספח להצעה זו)	
<input type="checkbox"/> העברה בנקאית: שם הבנק: מזרחי מס' סניף: 461 מספר הבנק: 20 מספר חשבון: 149640	

4. שליטה על כספים שהופקדו לרכיב הפיצויים	
ניתן לסמן אחד מהסעיפים מטה. בהיעדר סימון וחתימת מעסיק באחת מהאפשרויות, ברירת מחדל תהיה "לא"	
הסכם לפי סעיף 14	
קיים בין העובד והמעסיק הסכם עבודה שחל עליו סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין התשכ"ג-1963 בהתאם לאישור הכללי בדבר תשלומי מעבידים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצויי פיטורין.	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
ויתור אוטומטי	
המעסיק מאשר, שהעובד יהיה זכאי למרכיב הפיצויים בכל מקרה, והוא מוותר בזאת ויתור בלתי מותנה על השליטה בכספי מרכיב הפיצויים והוא נותן בזאת הוראות בלתי חוזרות לחברה לשלם את מרכיב הפיצויים למבוטח.	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
זכאות בלא תנאי	
לעובד זכאות בלא תנאי לעניין משיכה ממרכיב הפיצויים. המעסיק מאשר כי העובד יהיה זכאי למשוך את כספי הפיצויים ללא תנאי החל ביום _____ או בתום שלוש שנות עבודה של העובד אצל המעסיק ממועד תחילת העבודה הנקוב לעיל, המוקדם מבין המועדים הנ"ל. המעסיק מאשר כי זכותו של העובד ליתרת הכספים בפוליסת הביטוח לרבות מרכיב הפיצויים כאמור לעיל הינה הוראה בלתי חוזרת למבטח לפעול בהתאם לקבוע לעיל בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי והיא איננה ניתנת לביטול או לשינוי. זכאותו של העובד כאמור לעיל לא תחול אם התקיימו התנאים המצדיקים פיטורים בלא פיצויים בהתאם לסעיפים 16 או 17 לחוק פיצויי פיטורין התשכ"ג-1963. לידיעת המעסיק, במקרה של זכאות בלא תנאי קיימת נוסחה שונה לחישוב החיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים להבדיל ממרכיב התגמולים, העשויה לצמצם את הסכומים הנדרשים לצורך השלמת פיצויי הפיטורין בעת סיום עבודתו של העובד.	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
תאריך:	חתימת וחתימת המעסיק: X



dt3016

5. מסלולי השקעה*			
מסלול השקעה	% השקעה בתגומלים	% השקעה בפיצויים	
מודל השקעות תלוי גיל**	%	%	
הכשרה - אג"ח ממשלת ישראל	%	%	
הכשרה - מניות	%	%	
הכשרה - שקלי טווח קצר	%	%	
הכשרה - מסלול לבני 50 ומטה ***	%	%	
הכשרה - מסלול לבני 50-60 ומטה ***	%	%	
הכשרה - מסלול לבני 60 ומעלה ***	%	%	
הכשרה - משולב סחיר	%	%	
הכשרה - עוקב מדדים - גמיש	%	%	
	סה"כ 100%	סה"כ 100%	

\* ככל שלא יבחר מסלול השקעה, יושקעו הכספים במודל השקעות תלוי גיל - מסלול ברירת המחדל  
 \*\* מודל השקעות תלוי גיל (מסלולי ברירת מחדל) תואם את גיל המבוטח, נכון למועד תחילת הביטוח במסלול זה בגיל המעבר תעבור אוטומטית למסלול המתאים לגילך.  
 \*\*\* מסלול שאינו ברירת מחדל בעת בחירת מסלול זה לא תבצע העברה בגיל המעבר למסלול השקעות תלוי גיל הבא.

6. מינוי מוטבים במוטב המבוטח						
שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	מין	קרבה	חלק יחסי (באחוזים)
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		

בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו בהתאם לזכאות ליורשים החוקיים על פי דין, או בכפוף לצו ירושה או צו קיום צוואה. יובהר כי כספי הפיצויים אינם מהווים חלק מהעזבון וישולמו לשאירים כהגדרתם בחוק פיצויי פיטורין ובכפוף לחוק זה.

7. דמי ניהול שנתיים מהחסכון המצטבר	
<input type="checkbox"/> דמי ניהול ברירת מחדל	1.05%
<input type="checkbox"/> דמי ניהול מוזלים (בכפוף למדיניות החברה כפי שתפורסם מעת לעת)	%

ברשות שוק ההון ביטוח וחסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו, באמצעות אחת מהדרכים הבאות:  
 1. טלפון \*3453  
 2. באתר האינטרנט www.hcsra.co.il  
 לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.  
 ככל שניתנה על ידך בעבר הוראה לחברתנו להסרה מהממשק לאיתור מוצרי ביטוח, ראה הודעה זאת כמבוטלת.

**הצהרות המועמד לביטוח**

אני המועמד לביטוח, מבקש בזאת מהכשרה חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הכשרה") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי: כל התשובות המפורטות בהצעה זו ואו בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות והן ניתנו מתוך רצוני החופשי והוסבר לי, שככל שלא אעשה כן, תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח בעת הצורך. הואיל וחברת הביטוח נסמכת על תשובותיי, ידוע לי כי עלי לידע אתכם על כל ענייני מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית/קבלת ההצעה. הנני מתחייב להודיע לכם אם בעתיד יחול שינוי במידע שמסרתי וזאת מייד אם היוודע לי על השינוי.

- הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי שחווה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהכשרה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר ההתייכרות לתשלום פרמיות, בכפוף לקבלת ההפקדה השוטפת הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה הראשונה כפועל, לפי המוקדם מביניהם.
- קיבלתי פירוט בדבר תקופת הביטוח, סוג הביטוח, הכיסויים הביטוחיים הכלולים בו לרבות סכומי ביטוח עיקריים, גבולות אחריות, החריגים והסייגים המהותיים, תקופת אכשרה, המתנה והשתתפות עצמית וכן (במקרה של ביטוח בריאות) פירוט של כללי הגילוי נאות שנקבעו על ידי המפקח על הביטוח.
- הוא לידיעתי שהביטוח אינו מכסה תביעות אשר נובעות ו/או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאותי הלקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף או שהתגלו בתקופת האכשרה.
- קיבלתי פירוט בדבר גובה הפרמיה, אופן חישובה ואת העובדה כי קבלתי לביטוח ו/או בני משפחתי הכלולים בהצעה לביטוח, מותנית בהסכמת הכשרה, אשר תסתמך על התנאים שדווחו על ידי, וכי תתכן תוספת לפרמיה לפי החיתום שיתבצע על ידי הכשרה. יודגש כי במידה ותהיה תוספת לפרמיה לפי החיתום, יהיה עלי לחתום על תנאי החיתום באופן אישי.
- הוצעה לי האפשרות לקבל את הפרטים המפורטים בסעיפים 4-2 לעיל בכתב וכן את תנאי הפוליסה וכתבי השירות הנלווים, לרבות באמצעות דוא"ל.
- הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני משיב גם בשמם כאפטרופוס/ית טבעית.
- ידוע לי כי הכיסוי הביטוחי יכנס לתוקפו רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחגרות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו, וכפי שיקבע על ידי המבטחת.
- במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, והוצע לי ביטוח התואם את צרכי ואת הביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותי.
- במסגרת תהליך המכירה הוצגו בפני דמי הביטוח בעבור כל אחת מתכניות הביטוח שבכוונתי לרכוש בנפרד.
- יובהר, כי בנוסף לדמי הניהול החברה תנכה מהחיסכון המצטבר הוצאות ניהול וביצוע השקעות, כך שחישוב התשואה במסלולי ההשקעה ויתרות הכספים שהופקדו בפוליסה ייעשה לאחר ניכוי הוצאות אלו. שיעורי ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מנכסי הקופה, בהתאם לבתי ההשקעות השונים, מוצגים באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.hcsra.co.il](http://www.hcsra.co.il)

**11. ככל שהנך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שיויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1988, קרי "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר תיכלה מוגבלת בפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך על מנת שבקשתך לקבלה לביטוח תיכלה בהתאם להוראות החוק.**

**הסכמה למסירת פרטים למעסיק:**

אני מסכים כי נתונים ומידע אודות דמי הביטוח ששולמו על ידי המעסיק וכן על ידי וכן מידע לגבי החיסכון המצטבר של מרכיבי הפיצויים וכל מידע שעל פי ההסדר התחיקתי המעסיק זכאי לקבלו, יהיה זכאי המעסיק לקבלו והכשרה תהיה רשאית למסור לו מידע כאמור.

**בקשה לקבלת קוד לאזור האישי באינטרנט:**

אני הח"מ מבקש ומסכים לקבל בדואר רשום או באמצעי קשר אחר קוד הפעלה ראשוני למערכת מידע אישי באתר האינטרנט של הכשרה, אודות תכניות ביטוח ו/או מוצרים אחרים של הכשרה. ידוע לי כי קוד הפעלה ראשוני יאפשר קבלת מידע מאתר האינטרנט רק בכפוף להשלמת תהליך הרישום באתר האינטרנט והסכמתי לתנאי השימוש האמורים בו.

**קבלת שירותים מסחרות בקבוצת הכשרה ביטוח:**

ידוע לי ואני מסכים כי החברה תהיה רשאית לקבל בין בתמורה ובין שלא בתמורה, שירותי ניהול ו/או תפעול, שירותי ניהול השקעות, שירותי שיווק, שירותי גבייה ושירותי מיכון מהכשרה חברה לביטוח בע"מ ומכל חברה קשורה/שולטת/בעלת ענין בהכשרה חברה לביטוח בע"מ ו/או חברה מנהלת ("קבוצת הכשרה ביטוח").

**העברת מידע באמצעות הטלפון וכלים דיגיטליים:**

אני מסכים, כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם הפוליסה ו/או אודותיי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט, מערכת חיוב אוטומטית, דואר אלקטרוני, הודעות טקסט או באמצעי תקשורת חליפי, לרבות כלים דיגיטליים למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח, וכן כי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע להיתכנות תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים, המהווים פגיעה בפרטיות, וזאת על אף אמצעי אבטחת מידע סבירים שהחברה נוקטת וכל עוד החברה נוקטת באמצעי אבטחת מידע כאמור. החברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת, אני מאשר ומסכים, שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לביטוח X \_\_\_\_\_

**הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים**

אני מסכים לקבל מהחברה ו/או מחברות אחרות בקבוצת הכשרה (להלן ביחד: "קבוצת הכשרה"), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הכשרה, באמצעות דואר, פקס, דוא"ל, מערכת חיוב אוטומטית, הודעת מסר קצר (sms) ובכל דרך אחרת. כן אני מסכים לחברות בקבוצת הכשרה להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, טיפול בתביעות ולרבות עיבוד המידע, העברתו ואחסונו, לרבות בענן מחוץ לישראל וכן שימושים אחרים הנלווים לשימושים האמורים ו/או נדרשים לשם השלמתם, וזאת אף באמצעות העברת המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשם ומטעמי של החברות בקבוצת הכשרה. ידוע לי כי במידה ואני מסכים ו/או לא אסכים בעתיד, לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותי למסור הודעה על כך לחברה באמצעות הטלפון המתיימרים המצויים באתר האינטרנט של החברה, שכתובתו [www.hcsra.co.il](http://www.hcsra.co.il)

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לביטוח X \_\_\_\_\_

**הסכמה לשימוש במידע לפי חוק הגנת הפרטיות**

הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה וכל מידע נוסף שיימסר בעתיד על ידי לחברה, נמסר בהסכמתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי שהמידע ישמר במאגרי החברה ו/או חברות המקבוצה (הכשרה חברה לביטוח וחברות בנות) ו/או אצל גורם אחר מטעמה וישמש לצורך ניהול, תפעול וטיפול בכל ענייני הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקסטרניים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכלל דין.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לביטוח X \_\_\_\_\_

**משלוח הודעות לחברה**

לתשומת ליבך מודגש בזאת כי על מנת לבצע את הפעולות במועד הקובע בתנאי הפוליסה, יש להעביר את טפסי הבקשה ישירות למשרדי החברה. הערה זאת מתייחסת לפעולות הבאות: בקשה לשינוי מסלול השקעה, בקשה למשיכת כספים, בקשה להוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלתם או הקטנתם, בקשה להפקדה חד פעמית, בקשה להגדלת דמי ביטוח, בקשה לשינוי מוטב, בקשה לתשלומים בעקבות פטירת המבוטח, בקשה לביצוע תשלומי משיכה, המרה, היוון עם תום תקופת הביטוח, בקשה להפסקת הכיסוי הביטוחי, בקשה לקיצור או הארכה של תקופת הביטוח. וכן כל מסמך נוסף הנחוץ לצורך ביצוע הוראות/בקשות אלה, הנמסרות לחברה על ידי המבוטח, המוטב או כל אדם אחר, צריכות להימסר אך ורק במשרדי החברה באחת מן הכתובות המופיעות בתנאי הפוליסה או באתר החברה בכתובת [www.hcsra.co.il](http://www.hcsra.co.il)

**הצהרת בעל רישיון**

אני מצהיר בזה כי כל השאלות המופיעות לעיל הוצגו למועמד לביטוח, והתשובות הן כפי שנמסרו ע"י המועמד. כמו כן המועמד אישר כי הבין את פרטי תכנית הביטוח וסייגיה, את ההצהרות לעיל. במסגרת תהליך המכירה בוצע בירור צרכי המועמד לביטוח והוצע לו ביטוח התואם את צרכיו. וכן הוצגו פרטי הביטוח המוצע על פי כללי הפרסום וההמחשה שפורסמו על ידי המפקח על הביטוח.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם המשוק הפנסיוני \_\_\_\_\_ מס' המשוק הפנסיוני \_\_\_\_\_ חתימת המשוק הפנסיוני X \_\_\_\_\_

**הצהרה בדבר תהליך השיווק הפנסיוני**

אני הח"מ מצהיר כי הוסבר לי שעל המשוק הפנסיוני להתאים את השיווק לצרכי הלקוח ובהתאם לכך לבחור עבורו את סוג המוצר הפנסיוני, המוצר הפנסיוני והגוף המוסדי. אני מאשר כי קיבלתי המלצה מהמשוק הפנסיוני לגבי הרכישה של המוצר הפנסיוני לאחר שבירר עימי את מטרות החסכון שלי באמצעות מוצר פנסיוני לחון או לקצבה, את מצבי הכספי בדרך כלל ואת החסכון הקיים שלי באמצעות מוצרים פנסיונים ככל שהסכמתי למסור מידע לגביהם. כמו כן קיבלתי מהמשוק הפנסיוני מסמך בכתב המפרט את הנימוקים לגבי כדאיות החסכון שלי באמצעות מוצר פנסיוני.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לביטוח X \_\_\_\_\_



## 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="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

\* במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.  
 \* במקרה של בקשת מידע בלבד אין חובה לציין את ספרות המסלול.  
 \* אם מועבר "מספר הקידוד של המוצר" יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני".  
 \* אם סימנתי ✓ 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, תוך 10 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, תוך 10 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:

תאריך החתימה

חתימת הלקוח

תאריך החתימה

חתימת סוכן הביטוח/  
היועץ הפנסיוני

שם סוכן הביטוח/  
היועץ הפנסיוני

נספח א'

# בקשת העברה לקופת ביטוח המאושרת כקופת גמל

(עמית עצמאי או עמית שכיר)

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

לכבוד,

שם הגוף המנהל של קופת הגמל המעבירה: \_\_\_\_\_ שם קופת הגמל המעבירה: \_\_\_\_\_

מס' אישור מס הכנסה של הקופה המעבירה: \_\_\_\_\_ מס' פוליסה (קופה מעבירה): \_\_\_\_\_

הנדון: בקשה להעברת כספים להכשרה חברה לביטוח בע"מ, שם הפוליסה: \_\_\_\_\_

המעמד בקופת הגמל המעבירה:  עמית עצמאי  עמית שכיר

מספר פוליסה (קופה מקבלת): \_\_\_\_\_ (לשימוש פנימי).

א. פרטי העמית (חובה לצרף צילום של ת.ז ובמקרה של ת.ז ביומטרית, יש לצרף צילום של שני צידי התעודה)			
שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	מיקוד
_____	_____	_____	_____
רחוב	מספר	יישוב	מיקוד
_____	_____	_____	_____

בקופת הגמל המעבירה:  עמית לא פעיל  עמית פעיל  
(בעמית פעיל טופס זה ימולא אך ורק לאחר קבלת טופס לעניין הכיסוי הביטוחי (נספח ב' לחוזר 1-9-2015) מידי חברת הכשרה)

## ב. בקשה להעברת חשבון קופת גמל / קופת ביטוח

מצ"ב בקשתו של העמית הנ"ל להעברת כספים מחשבוננו אצלכם, כמפורט להלן. בהמשך לבקשה, אנו מתחייבים בזאת, בהתחייבות בלתי חוזרת, לקבל את הכספים ולשאת באחריות הביטוחית לגבי העמית הנ"ל בכפוף לאמור בטופס לעניין הכיסוי הביטוחי בקופת הגמל המקבלת החל במועד הקובע, כהגדרתו בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (העברת כספים בין קופות), התשס"ח-2008 (להלן "המועד הקובע" ו"התקנות", בהתאמה).  
לכל מונח במסמך זה תהא המשמעות הנודעת לו בתקנות, אלא אם כן נקבע במפורש אחרת.

## ג. בקשת העברה\*

1.	הנני מצהיר כי קיבלתי את התנאים לעניין הכיסוי הביטוחי בהכשרה חברה לביטוח בע"מ וכי הוסברו לי תנאים אלה, ככל שנקבעו תנאים כאמור. חתימת העמית: X _____ לגבי עמית נתון באפטרופסות - שם האפטרופוס: _____ חתימת אפטרופוס: X _____
2.	<p>2.1 אני מבקש להעביר מחשבוני (אנא בחר אחת מהאפשרויות)</p> <p><input type="checkbox"/> מלוא הכספים (ברירת מחדל)</p> <p><input type="checkbox"/> סכום להעברה _____ ₪</p> <p><input type="checkbox"/> שיעור להעברה מתוך הכספים שנצברו לזכות העמית _____ %</p> <p><input type="checkbox"/> סכום הכספים שהופקדו בחשבון עד ליום _____</p> <p><input type="checkbox"/> סכום הכספים שהופקדו בחשבון החל מיום _____</p> <p>2.2 שנצברו לזכותי (אנא בחר אחת מן האפשרויות)</p> <p><input type="checkbox"/> בכל מרכיבי החשבון (ברירת מחדל)</p> <p><input type="checkbox"/> במרכיב התגמולים</p> <p><input type="checkbox"/> במרכיב הפיצויים</p> <p>ולאחר שקראתי בעיון את התנאים שנקבעו לעניין הכיסוי הביטוחי בקופת הגמל המקבלת והוסברו לי תנאים אלה היטב, ככל שנקבעו תנאים כאמור. לידעתך, ברירת המחדל להעברת הכספים, במידה שלא ציינת את סך היתרה שתועבר לקופה המקבלת, מרכיבי החשבון שמהם יועברו הכספים או את מסלולי ההשקעה שמהם תרצה להעביר את הכספים, היא העברת מלוא הכספים שנצברו בחשבונך בקופה המעבירה, בכל מרכיבי החשבון ובכל מסלולי ההשקעה.</p>
3.	אני נותן בזה את הסכמתי לכך שתמסרו את כל הפרטים, הנתונים והמסמכים שיש לכם לגביי, ובכלל זה פירוט בדבר התנאים או הסייגים שנקבעו לגביי בקופה המעבירה לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכוני מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכוני נכות - ככל שנקבעו, ואשר נדרשים לפי הוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר לפי סעיף 23 ד' לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ה-2005, להכשרה חברה לביטוח 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.

\* למען הסר ספק, יובהר כי כל בקשת פיצול או העברה חלקית של כספים מחשבוננו של העמית תבוצע ובלבד שתתאפשר לפי הוראות הדין.



dt3731

<b>ג. בקשת העברה* - המשך</b>	
5.	<p>אני מצהיר, כי למיטב ידיעתי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו מתקיימים כל התנאים המפורטים להלן:</p> <p>5.1 לא קיים צו עיקול על חשבוני בקופת הגמל המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל;</p> <p>5.2 לא קיים שיעבוד שנעשה כדין על חשבוני בקופת הגמל המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל;</p> <p>5.3 לא קיימת בחשבוני בקופת הגמל המעבירה יתרת חוב בשל הלוואה שטרם נפרעה במלואה;</p> <p>5.4 לא התחלתי לקבל קצבת זקנה מקופת הגמל המעבירה בגין הסכום להעברה;</p> <p>5.5 לא הגשתי בקשה לקבלת קצבת נכות מקופת הגמל המעבירה שעודה תלויה ועומדת ולא אושרה זכאותי לקבלת קצבת נכות מקופת הגמל המעבירה שטרם פקעה;</p> <p>ידוע לי כי ככל שמתקיימים לגביי במועד חתימתי על בקשה זו ועד למועד ההעברה אחד מהתנאים האמורים, תבוטל בקשת ההעברה ולא תבוצע העברת כספים לקופת הגמל המקבלת.</p>
6.	<p><b>לגבי עמית פעיל בלבד</b></p> <p>ידוע לי כי בקשתי האמורה מותנית בכך שלא יחלפו למעלה מ- 120 ימים ממועד הגשת הבקשה ועד למועד שבו יופקדו בשלי לראשונה להכשרה חברה לביטוח בע"מ כספים, אלא אם כן אודיע להכשרה חברה לביטוח בע"מ כי לא יופקדו בשלי כספים בהכשרה חברה לביטוח בע"מ. כמו כן ידוע לי כי אם אודיע כאמור, אחשב לעניין המועד הקובע כעמית לא פעיל.</p> <p><input type="checkbox"/> אני מבקש כבר עכשיו להודיע כי לא יופקדו בשלי כספים להכשרה חברה לביטוח בע"מ.</p> <p>חתימת העמית: X _____ ולגבי עמית נתון לאפטרופוסות, שם האפטרופוס: _____ חתימת האפטרופוס: X _____</p>
7.	<p>חתימתי על בקשה זו נעשית לאחר שקראתי אותה בעיון ותוכנה הוסבר לי היטב, ולאחר ששקלתי את האמור בה וגמרתי אומר להתחייב בה.</p> <p><b>לידיעתך</b>, בקשת העברה זו ניתנת לביטול, ובלבד שהכספים טרם הועברו. ביטול ייעשה עלי-די חתימה על טופס הודעת ביטול והעברתו לקופה המעבירה (הקופה ממנה מועברים הכספים). העברת הטופס אפשרית, בין היתר, בפקס, בדואר או בדוא"ל.</p> <p>ולראיה, באתי על החתום, היום (תאריך): _____ חתימת העמית: X _____</p> <p>ולגבי עמית נתון לאפטרופוסות, שם האפטרופוס: _____ חתימת האפטרופוס: X _____</p>
<p>את הכספים יש להעביר לחשבוננו: שם הבנק: מזרחי מס' סניף: 461 מספר הבנק: 20 מספר חשבון: 534805</p>	

## נספח לבקשת ניוד לאיחוד קופות BEST INVEST (בסט אינווסט)

בהתאם לסעיף 9 לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (העברת כספים בין קופות גמל) - תשס"ח 2008

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

יש למלא את הטופס ולהחזירו למייל: [pensiony-h@hcsra-ins.co.il](mailto:pensiony-h@hcsra-ins.co.il)

שם הסוכן:	מס' סוכן:	שם המפקח:
-----------	-----------	-----------

1. פרטי המועמד לביטוח (חובה לצרף צילום ת.ז ובמקרה של ת.ז ביומטרית, יש לצרף צילום של שני צידי התעודה)										
שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות			תאריך לידה			מין	מצב משפחתי	
								<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> נשוי/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> גרושה/ה	
רחוב	מספר	דירה	ת.ד.	יישוב	מיקוד					
מס' טלפון נייד	מס' טלפון ניח									
דוא"ל										

2. בקשה לאיחוד קופות הגמל	
שם קופת הגמל המעבירה	מספר פוליסה (קופה מעבירה)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

3. אישור הבקשה לאיחוד קופות הגמל	
<p>הננו מבקשים לבצע איחוד קופות הגמל כמבוקש בבקשה זו.            בקשה זו כפופה לכך שניתן לנייד את הכספים בהתאם לתקנות הניוד.</p>	
שם:	תאריך:
_____	_____
שם:	תאריך:
_____	_____
	חתימת המבוטח *
	חתימת הסוכן *



dt3312