

הצעה לתוכנית BEST INVEST (בסט אינווסט) לעצמאים

להפקדות חד פעמיות / להעברות מקופות גמל

לעצמאים 60+ לעצמאים לתיקון 190

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

1. פרטי המבוטח / המועמד לביטוח (יש לצרף צילום תעודת זהות)									
שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות		תאריך לידה		מין	מצב משפחתי		
רחוב	מספר	דירה	ת.ד.	יישוב	מיקוד	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> נשוי/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה		
מס' טלפון נייד	מס' טלפון נייד	מקצוע	עיסוק בפועל						
דוא"ל									
אני מעוניין לקבל את מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, דוח תקופתי והמכתבים באמצעות אמצעים 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 <input type="checkbox"/> . לידיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון *3453 / באתר האינטרנט www.hcsra.co.il בחירתך לשליחת המיידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).									

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

לידיעתך, בהתאם למדיניות החברה, לא תתאפשר העברה לפוליסה של כספים שמקורם מחוץ לישראל ו/או מקורם במטבעות וירטואליים. כספים שיועברו לחשבון החברה בניגוד לאמור, ישובו למשלם נומינלי

3. מסלולי השקעה*	
מסלול השקעה	% השקעה בתגמולים
מודל השקעות תלוי גיל**	%
הכשרה - אג"ח ממשלת ישראל	%
הכשרה - מניות	%
הכשרה - שקלי טווח קצר	%
הכשרה - מסלול לבני 50 ומטה***	%
הכשרה - מסלול לבני 60-50 ומטה***	%
הכשרה - מסלול לבני 60 ומעלה***	%
הכשרה - משולב סחיר	%
הכשרה - עוקב מדדים - גמיש	%
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 תתבצע העברה בגיל המעבר למסלול השקעות תלוי גיל הבא.

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

בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו בהתאם לזכאות ליורשים החוקיים על פי דין, או בכפוף לצו ירושה או צו קיום צוואה.

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



dt3016

6. גילוי נאות

סכום חד פעמי צפוי לגילי _____ בהנחת ריבית שנתית של 4% ובניכוי דמי ניהול שנתיים מהסכום המצטבר של % _____

סכום קצבה חודשית צפויה לגילי _____ בהנחת ריבית שנתית של 4% ובניכוי דמי ניהול שנתיים מהסכום המצטבר של % _____ (אינה מובטחת)

סך תשלום חודשי שוטף לתקופה של _____ חודשים, בהנחת ריבית שנתית של 4% ובניכוי דמי ניהול שנתיים מהסכום המצטבר של % _____

תאריך: _____ חתימת העמית: X _____

לידיעתך, בכל סוגי המסלולים מדובר בהמחשה בלבד ולכן רווחי השקעה והתמורה אינם מובטחים וקיימת אפשרות לתשואה שלילית. ייתכן והתוצאות בפועל יהיו טובות או גרועות יותר מהמוצג בהמחשה.

7. הצהרה לפי חוק איסור הלבנת הון ומימון טרור

אני _____ בעל מס' זהות _____ מצהיר בזה כי:

אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת בעל הפוליסה והמבוטח/העמית למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה.

יש נהנה בזכויות כאמור, ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים, הסיבה לכך _____.

אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.

הנהנים בפוליסה הם:

שם מלא	מס' זהות / ח.פ.	זיקה	תאריך לידה/התאגדות	מען

האם הנהנה תושב חוץ: כן לא במידה והתשובה כן אנא מלא שאלון 1 איש ציבור זר.

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 לפי סעיף 7 לחוק איסור הלבנת הון, התש"ס-2000, מהווה עבירה פלילית.

תאריך: _____ חתימת העמית: X _____

*עבור נהנה: יש לצרף צילום תעודת זהות / רשם חברות / תעודת תאגיד לפי העניין.

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 להסיר 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, ואם בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות והן ניתנו מתוך רצוני החופשי והוסבר לי, שככל שלא אעשה כן, תהיה לכך השפעה על תשלום תנמולי הביטוח בעת הצורך והאיל וחברת הביטוח נסמכת על תשובותיי. ידוע לי כי עלי לידע אתכם על כל עניין 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 התחייבותי 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.
- הובא 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 כאפוטרופוס/ית טבעי/ת.
- 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 בפניי 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

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

בקשה לקבלת קוד לאזור האיש 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 אפשר קבלת מידע מאתר האינטרנט רק בכפוף להשלמת תהליך הרישום באתר האינטרנט והסכמתי לתנאי השימוש האמורים בו.

קבלת שירותים מתחברת במקביל 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 אודותיה באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט, מערכת חיוב אוטומטית, דואר אלקטרוני, הודעות טקסט או באמצעי תקשורת חלפי, 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 מתחברת 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 והעברתו ואחסונו, לרבות בענן מרוץ לישראל וכן שימושים אחרים הנלווים לשימושים האמורים ו/או נדרשים לשם השלמתם, וזאת אף באמצעות העברת המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמן ומטעמן של החברות בקבוצת הכשרה. ידוע לי כי במידה ואיני מסכים ו/או לא אסכים בעתיד, לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותי למסור הודעה על כך לחברה באמצעות הטפסים המתאימים המצויים באתר האינטרנט של החברה, שכתובתו 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 מהקבוצה (הכשרה חברה לביטוח וחברות בנות) ו/או אצל גורם אחר מטעמה וישמש לצורך ניהול, תפעול וטיפול בכל ענייני הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקטואריים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל 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 למשרד 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 הנוחץ לצורך ביצוע הוראות, בקשות אלה, הנמסרות לחברה על ידי המבוטח, המוטב או כל אדם אחר, צריכות להימסר אך ורק במשרד החברה באחת מן הכתובות המופיעות בתנאי הפוליסה או באתר החברה בכתובת 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 ההצטרפות 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 המשועל הפנסיוני _____ מס' המשועל הפנסיוני _____ חתימת המשועל הפנסיוני X _____

הצהרה בדבר תהליך השיווק הפנסיוני

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

תאריך: _____ חתימת המועמד לביטוח X _____

הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רישיון) (נספח ב'2)
הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כוח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו
 צורך מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

לכבוד _____

(שם הגוף המוסדי), (מספר ח.פ.)

מייפה הכוח (הלקוח):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

שם: _____ מספר זיהוי _____

כתובת: _____

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

שם (יחיד / תאגיד): _____ רישיון מס' _____

אשר הינו: 1) יועץ פנסיוני ; 2) סוכן ביטוח פנסיוני סמן את האפשרות המתאימה.

טלפון _____ מייל _____

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני ומי מטעמו¹, לפנות בשמי לגוף המוסדי² 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 מעסיק או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיופה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

¹ "מי מטעמו" - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות בפיקוח על שירותים פיננסיים (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיונית) (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 ט(ז) (2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.

⁵ "תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.



dt3252

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

ג. בקשת העברה* - המשך	
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>לגבי עמית פעיל בלבד</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 לאפטרופסות, 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>לידיעתך, 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): _____</p> <p>ולגבי עמית נתון לאפטרופסות, 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

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	
הננו מבקשים לבצע איחוד קופות הגמל כמבוקש בבקשה זו. בקשה זו כפופה לכך שניתן לנייד את הכספים בהתאם לתקנות הניוד.	
שם:	תאריך:
_____	_____
שם:	תאריך:
_____	_____
	חתימת המבוטח *
	חתימת הסוכן *



dt3312

טופס הכר את הלקוח

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים וגברים.

חלק א' - פרטי זיהוי	
שם פרטי ושם משפחה	טלפון
סוג מספר מזהה מספר מזהה:	מדינת ההנפקה של הדרכון
<p>חלק ב' - בירור לעניין תושב חוץ/איש ציבור</p> <p>האם אתה תושב חוץ*? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>אם סומן כן - אנא מלא את סעיף א' לטופס "איש ציבור" (שאלון 1 - "איש ציבור זר").</p> <p>אם סומן לא - האם אתה או בן משפחתך או שותף עסקי שלך מכהן או כיהן בעבר בתפקיד ציבורי בארץ או מחוץ לארץ ב- 5 שנים האחרונות?</p> <p><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>אם סומן כן - אנא מלא את סעיף ב' לטופס "איש ציבור" (שאלון 2 - "איש ציבור מקומי").</p>	

* תושב חוץ - מי שנמצא בישראל אך אינו אזרח ישראל או שלא שוהה בה על פי אשרת עולה או תעודת עולה, או לא שוהה בה על פי רישיון לשיבת קבע.

חלק ג' - זיקת הלקוח לגורם אחר
<p>האם קיים מיופה כוח שאינו בעל רישיון בחשבון או בחוזה ביטוח החיים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>אם סומן כן, אנא סמן את הזיקה בינך לבין מיופה הכוח:</p> <p><input type="checkbox"/> בן משפחה מדרגה ראשונה, פרט: _____</p> <p><input type="checkbox"/> סבא / סבתא <input type="checkbox"/> קרוב משפחה אחר פרט: _____</p> <p><input type="checkbox"/> שותף עסקי <input type="checkbox"/> מעסיק <input type="checkbox"/> חברה בבעלות</p> <p><input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____</p> <p>* יש למלא טופס השלמת נתונים לעניין ייפוי כח לצורך קבלת מידע ו/או ביצוע פעולות</p> <p>שם מלא: _____ ת.ז: _____</p>

חלק ד' - פרטים על משלח יד/מקצוע ועיסוק
<p><input type="checkbox"/> שכיר / שכיר בעל שליטה <input type="checkbox"/> עיסוק: _____ שם המעסיק: _____</p> <p><input type="checkbox"/> עצמאי:</p> <p>שם העסק: _____ מען העסק: _____ מחזור הכנסות שנתי: _____</p> <p>מהו תחום העיסוק של העסק?</p> <p><input type="checkbox"/> יהלומים ואבני חן <input type="checkbox"/> נדל"ן <input type="checkbox"/> סחר במתכות יקרות <input type="checkbox"/> בלדרות <input type="checkbox"/> סחר בנשק <input type="checkbox"/> סחר במטבעות וירטואליים</p> <p><input type="checkbox"/> עסק שאינו למטרת רווח: עמותה/ גמ"ח/ מלכ"ר <input type="checkbox"/> מתן שירות אשראי או מתן שירות בנכס פיננסי</p> <p><input type="checkbox"/> ביצוע העברות כספיים מישראל לחו"ל ולהיפך <input type="checkbox"/> עסק בו עיקר הפעילות במזומן <input type="checkbox"/> הימורים חוקיים</p> <p><input type="checkbox"/> אחר: _____</p> <p>רק אם אינך שכיר / עצמאי / שכיר בעל שליטה - יש לסמן:</p> <p><input type="checkbox"/> חייל סדיר או מתנדב בשירות לאומי <input type="checkbox"/> סטודנט <input type="checkbox"/> קטין <input type="checkbox"/> לא עובד <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> אברך/ תלמיד ישיבה</p> <p><input type="checkbox"/> גמלאי, נא לציין עיסוק טרם הפרישה: _____ <input type="checkbox"/> אחר: _____</p>



^dt3139

חלק ה' - מטרת ההתקשרות, מקור הכספים, והפעילות המתוכננת	
1.	מטרת פתיחת החשבון או חוזה ביטוח החיים: <input type="checkbox"/> חיסכון לטווח קצר (עד שנתיים) <input type="checkbox"/> חיסכון לטווח בינוני (בין שנתיים לשש שנים) <input type="checkbox"/> חיסכון לטווח ארוך (מעל שש שנים) <input type="checkbox"/> חיסכון לגיל פרישה
2.	מקור הכספים המופקדים: האם המבוטח או העמית מבצע את ההפקדה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם סומן כן - אנא מלא סעיף זה. <input type="checkbox"/> משכורת/קצבה <input type="checkbox"/> תקבולים/הכנסות מעסק <input type="checkbox"/> חסכונות שנצברו <input type="checkbox"/> תקבולים מפעילות ניירות ערך בשוק ההון <input type="checkbox"/> מכירת עסק <input type="checkbox"/> הלוואה <input type="checkbox"/> ירושה <input type="checkbox"/> פיצויי פטורין/פרישה <input type="checkbox"/> זכייה <input type="checkbox"/> מכירת נכס <input type="checkbox"/> השכרת נכס <input type="checkbox"/> העברת כספים מקופת גמל אחרת <input type="checkbox"/> מתנה, שם נותן המתנה: _____ זיקה לנותן המתנה: _____ <input type="checkbox"/> כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה; סוג העסק: _____ שם המדינה: _____ <input type="checkbox"/> תרומה <input type="checkbox"/> אחר: _____ אם סומן לא - אנא מלא את טופס "גורם משלם בפוליסה" (שאלון 3)
3.	המדינה ממנה התקבלו הכספים <input type="checkbox"/> ישראל <input type="checkbox"/> מדינה אחרת: _____ לידיעתך , בהתאם למדיניות החברה, לא תתאפשר העברה לפוליסה של כספים שמקורם מחוץ לישראל ו/או מקורם במטבעות וירטואליים. כספים שיועברו לחשבון החברה בניגוד לאמור, יושבו למשלם נומינלית.
4.	סכום הפקדות שנתיים צפויות (ש"ח): _____ <input type="checkbox"/> אין הפקדות צפויות
5.	תדירות הפקדות צפויה: <input type="checkbox"/> אין הפקדות צפויות <input type="checkbox"/> חד פעמי <input type="checkbox"/> חודשי <input type="checkbox"/> רבעוני <input type="checkbox"/> חצי שנתי <input type="checkbox"/> שנתי <input type="checkbox"/> אחר פרט: _____
6.	אופן הפקדות הכספים בחשבון: <input type="checkbox"/> המחאה <input type="checkbox"/> הוראת קבע <input type="checkbox"/> העברה בנקאית <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי
7.	האם צפויות הפקדות/משיכות בחשבון/חוזה ביטוח חיים מ/אל מדינה זרה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם סומן כן - ציין את שם המדינה הזרה: _____ * על פי המדיניות הקיימת בהכשרה חברה לביטוח אין אפשרות לקבל כספים ממדינה זרה.
8.	האם ידוע לך בשלב זה על משיכות צפויות בחשבון בשנה הקרובה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
חלק ו' - הצהרות	
האם בעבר גוף פיננסי סירב להעניק לך שירותים מסיבות הקשורות באיסור הלכנת הון או מימון טרור? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא תאריך: _____ שם: _____ חתימה:*	
חלק ז' - הצהרות המבוטח	
הריני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה מלא ומהימן, ואני מתחייב/ת לדווח על כל שינוי בהצהרתי זו. תאריך: _____ שם: _____ חתימה:*	
חלק ח' - שאלונים שנדרש למלא בהתאם לצורך - ניתן למצוא באתר החברה בכתובת: www.hcsra.co.il	
שאלון 1 - איש ציבור זר שאלון 2 - איש ציבור מקומי שאלון 3 - גורם משלם בפוליסה	
חלק ט' - הגדרות:	
"איש ציבור" - איש ציבור זר או איש ציבור מקומי; "איש ציבור מקומי" - תושב בעל תפקיד ציבורי בכיר בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות, לרבות בן משפחה של תושב כאמור, או תאגיד המצוי בשליטתו או שותף עסקי של אחד מאלה; "איש ציבור זר" - תושב חוץ בעל תפקיד ציבורי בכיר בחוץ לארץ, לרבות בן משפחה של תושב חוץ כאמור או תאגיד המצוי בשליטתו או שותף עסקי של תושב חוץ כאמור; "בן משפחה" - כהגדרתו בחוק ניירות ערך, התשכ"ח-8691; "חשבון" - חשבון או חוזה ביטוח חיים, כהגדרתם בצו איסור הלכנת הון; "לקוח" - מקבל השירות, כהגדרתו בצו איסור הלכנת הון; "נושא משרה" - כהגדרתו בחוק החברות, תשנ"ט-9991, ולמעט דירקטור; "תפקיד ציבורי בכיר" - לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר פרלמנט, חברי מפלגה בכירים, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושא משרה בכירים בחברות ממשלתיות, בעלי תפקיד בכיר בארגונים בין-לאומיים או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;	