

מסלול לזמן פרישה (קצבה מיידית או קצבה נדחית) – מסלול למנהלים ושכירים / מסלול לעצמאים קוד מסמך 2833

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

פרטי המועמד לביטוח					
שם פרטי (חובה)	שם משפחה (חובה)	מין (חובה)	מס' ת.ז. / דרכון (חובה)	מדינת ההגפקה של הדרכון	מעמד
תאריך לידה (חובה)	מצב משפחתי	נייד	דוא"ל		
כתובת (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	עיר/יישוב	ת.ד.	

פרטי המעסיק ** (למעמד שכיר בלבד)			
שם המעסיק	ח.פ/עוסק מורשה	כתובת המעסיק	מספר טלפון

בחירת מוצר	
<input type="radio"/> קצבה נדחית* (j)	<input type="radio"/> קצבה מיידית* (111)
*מבוסס המעוניין לבצע הפקדה ולמשוך את הקצבה במועמד מאוחר יותר	
*מבוסס המעוניין לבצע הפקדה ולמשוך קצבה מיידית במועד ההפקדה	

תוכנית ביטוח	
<input type="radio"/> הפקדה לקופה משלמת לקצבה	<input type="radio"/> הפקדה לקופה שאינה משלמת לקצבה
סכום הפקדה חד פעמית על סך _____ ש"ח	
דמי ניהול מצבירה: <input type="radio"/> 1.05 <input type="radio"/> אחר: _____	

מסלולי השקעה*					
*במידה ונבחרה קצבה מיידית, אין לבחור מסלול השקעה בטופס זה אלא בטופס "בקשה לקבלת קצבה"					
מסלול השקעות	פיצויים	תגמולים	מסלול השקעות	פיצויים	תגמולים
מודל תלוי גיל* (9999) ברירת מחדל	%	%	הלכה (117)	%	%
מסלול לבני 50 ומטה*(314)**	%	%	מודל תלוי גיל פאסיבי* (8888)	%	%
מסלול לבני 50 עד 60*(114)**	%	%	מסלול פאסיבי לבני 50 ומטה*(241)**	%	%
מסלול לבני 60 ומעלה*(214)**	%	%	מסלול פאסיבי לבני 50 עד 60*(242)	%	%
אג"ח (11)	%	%	מסלול פאסיבי לבני 60 ומעלה*(243)	%	%
מניות (115)	%	%	מסלול עוקב מדדים גמיש (1000)	%	%
מדד S&P 500 (16)	%	%	מסלול משולב סחיר (1001)	%	%
אג"ח עד 25% מניות (116)	%	%			
בבחירה במודל תלוי גיל תשוך אוטומטית למסלול התואם את גילך ותעבור אוטומטית למסלול עוקב בהתאם לתנאי המסלול. בחירה במסלול זה אינה תלויה בגילך ותישאר קבועה עד להוראה אחרת מצידך, ללא תלות בשינויים בגילך.					

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

מינוי מוטבים - מועמד לביטוח							
למקרה מוות	שם	ת.ז.	תאריך לידה	כתובת	מין	קירבה	% חלקים
					<input type="radio"/> נ <input type="radio"/> ז		
					<input type="radio"/> נ <input type="radio"/> ז		
					<input type="radio"/> נ <input type="radio"/> ז		

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

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

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות (חובה לחתום)

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 המידע של החברה ואו חברות מהקבוצה 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 ("הקבוצה" - הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס אחזקות בע"מ, חברות הבת וכן כל החברות והגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס ביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם 50% או יותר).

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

התחייבויות והצהרות, המועמד לביטוח (המבוטח)

- 1** אני הח"מ, בעל הפוליסה/המועמד לביטוח בפוליסה, פונה ומבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס") להצטרף לתכנית כמפורט בהצעה זו: אני מצהיר מסכים ומתחייב בזה כי (1) כל התשובות כמפורט בהצעה הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ל"הפניקס", וכן התנאים המקובלים לעניין זה ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה. הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים.
- 2** אני הח"מ, מצהיר כי הובא לידיעתי שהחברה רשאית להעביר את המידע לנב"י לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס", למבטחי המשנה, לסוכן הביטוח המטפל ולגוף האחראי על דיווח בנושא FATCA ו-CRS ובנוסף אני מצהיר כי במקרה בו חלק מהפרטים שמסרתי מצביעים על כך שיתכן ואני אזרח או תושב מדינה זרה, וסירבתי להגיש טפסים לצורך שלילת האינדיקציה הנ"ל בתוך פרק הזמן שהועמד לרשותי, החברה תמסור את פרטי הזיהוי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה-FATCA ו-CRS.
- 3** ידוע לי ואני מורה לחברה כי לצורך טיפול בבקשתי למשיכת כספים ולטובתי, תפנה החברה לבנק הרלבנטי (להלן: "הבנק") באמצעות מרכז סליקה בנקאי (מס"ב) לאימות כל פרטי חשבון הבנק שמסרתי לחברה, לרבות שם מלא, מס' זיהוי ומס' חשבון, וזאת לצורך בדיקת תקינות פרטי חשבון הבנק שלי ועל מנת לוודא כי הכספים יועברו לחשבוני. הנני מאשר לבנק באמצעות מס"ב להשיב לבקשת האימות לעיל ובכך הנני מוותר על חובת הסודיות שהבנק ו/או החברה חייבים כלפיי תוך ויתור על כל טענה ו/או דרישה כלפי הבנק ו/או מס"ב ו/או החברה בנוגע להליך האימות כאמור. ידוע לי ואני מסכים כי תיעוד הליך האימות יישמר במאגרי החברה. עוד ידוע לי כי הנני רשאי לחזור בי מהסכמתי דלעיל.
- 4** ידוע לי כי, פרטי התקשרות שציניתי בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותי בקבוצת הפניקס.
- 5** הנני מסכים כי הדוח השנתי המקוצר ישלח אלי, מידי שנה, באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני /מסרון). ידוע לי כי בכל עת אוכל לחזור בי מההסכמה זו ולבקש כי הדוח השנתי ישלח באמצעות הדואר ☉ אינני מסכים לאמור לעיל, אבקש לקבל את הדוח השנתי באמצעות הדואר.
- 6 הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים** - הנני מסכים כי המידע אודותיי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיוור ישיר מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסיים ואחרים, וזאת בין היתר באמצעות מערכת חיוג אוטומטי, פקסימיליה, דואר אלקטרוני והודעת מסר קצר וכל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מההסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה. ☉ אינני מסכים

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

אישור סוכן

הנני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידו/הם.

חתימה וחותמת הסוכן	מס' רישיון הסוכן	שם סוכן	תאריך

שאלון הכר את הלקוח

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

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

ארץ לידה: _____

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

האם אתה או בן משפחתך או שותף עסקי שלך מכהן או כיהן בעבר בתפקיד ציבורי בכיר בארץ או מחוץ לארץ ב- 5 השנים האחרונות?
 כן לא במידה וסומן כן, אנא מלא את סעיף ב' בטופס "איש ציבור מקומי".

ב. קיומו של נהנה בחשבון

אני _____ (שם המבוטח) בעל מס' זהות _____ מצהיר בזה כי:

- אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה/ חשבון זולת בעל הפוליסה והמבוטח / העמית למעט זכויותיהם של מוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה
- יש נהנה/ים בזכויות הגלומות בפוליסה - אנא מלא נספח 3 - טופס הצהרת בעל פוליסה / מבוטח / עמית

ג. פרטים על משלח יד/מקצוע ועיסוק

שכיר: שם המעסיק: _____ עיסוק/תפקיד: _____

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

מהו תחום העיסוק של העסק:

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

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

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

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

מהי כנסתך החודשית ברוטו:

עד 25,000 ש"ח בין 25,001 ש"ח עד 50,000 ש"ח בין 50,001 ש"ח עד 100,000 ש"ח 100,001 ש"ח ומעלה

האם קיימים לך משאבים פיננסיים נוספים? לא כן, סמן:

- דיבידנד תקבול מהעסק ירושה ריבית מחסכונות תקבולים ממקורות אחרים, פרט: _____
- השקעות, תחום השקעה שכר דירה / נדלן מניב ביטוח לאומי / תגמולי ביטוח

ד. מטרת ההתקשרות, מקור הכספים והפעילות המתוכננת

1 מטרת פתיחת החשבון או חוזה ביטוח החיים לחיסכון ל:

לטווח קצר (עד שנתיים) לטווח בינוני (בין שנתיים לשש שנים) לטווח ארוך (מעל שש שנים) לגיל פרישה

2 מקור הכספים המופקדים:

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

האם קיים מיופה כוח שאינו בעל רישיון בחשבון או בחוזה ביטוח החיים?

כן לא, במידה וכן יש לציין: בן משפחה שותף עסקי עובד/מעביד אחר: _____

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

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

5 אופן הפקדות צפוי: המחאה הוראת קבע העברה בנקאית

6 האם צפויות הפקדות/משיכות בחשבון/חוזה ביטוח חיים מ/אל מדינה זרה? כן לא - אם כן ציין את שם המדינה הזרה: _____

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

8 האם קיימות פוליסות/קופות נוספות בחברה בהן אתה עמית/בעל פוליסה/מבוטח/נהנה/מוטב/מיופה כח וכו'?

כן, פרט: _____ לא

הצהרת מבוטח

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

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

תאריך

שם המועמד לביטוח

חתימת המועמד לביטוח

הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רישיון) (נספח 2)

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כוח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו.
 (צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

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

מייפה הכוח (הלקוח)

שם	מס' ת.ז.	כתובת
מיופה הכוח (במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכח הינו תאגיד):		
שם (יחיד / תאגיד)	רישיון מס'	מס' סוכן
אשר הינו (סמן את האפשרות המתאימה): <input type="radio"/> (1) יועץ פנסיוני <input type="radio"/> (2) סוכן ביטוח פנסיוני		
טלפון	דואר אלקטרוני	

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של בעל הרישיון מי מטעמו¹, 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
		<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 ספסי הצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.
 * אם מועבר "מספר הקידוד של המוצר" יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני".
 * בממשק האירועים שדה "מספר קידוד אחיד" הוא שדה חובה.
 * **אם סימנתי V בעמודה 3, סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.**

1. ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסוים)
 שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:
 בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע על מוצר מסוים, לא יאוחר מ- 5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
 בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, לא יאוחר מ- 5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם.

2. תוקפו של ייפוי כוח
 שים לב! באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה
 הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.
 הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ- 10 שנים - עד ליום

ולראיה באתי על החתום:	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת הלקוח	
	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת סוכן הביטוח / היועץ הפנסיוני	תאריך החתימה
	<input checked="" type="checkbox"/>	שם סוכן הביטוח / היועץ הפנסיוני	תאריך החתימה

- 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.
- גוף מוסדי** - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.
- 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.
- מוצר פנסיוני** - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31(ז)2 לחוק הייעוץ הפנסיוני.
- תכנית ביטוח** - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.

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

מס' הסוכן

העברה לקופת ביטוח (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 הפוליסה ומספר הפוליסה)

(שם חברת הביטוח של קופת הגמל המעבירה)

הנדון: בקשה להעברת כספים להפניקס חברה לביטוח בע"מ

מצ"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). 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
<input type="radio"/> עמית פעיל <input type="radio"/> 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.
לגבי עמית נתון לאפטרופוסות	
2	אני מבקש להעביר את (יש לסמן אפשרות אחת בלבד): <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> מלוא הכספים (ברירת מחדל) <input type="radio"/> סכום להעברה ש"ח _____ <input type="radio"/> שיעור מתוך הסכומים שנצברו לזכות העמית בחשבונו לפי העניין % _____ <input type="radio"/> סכום הכספים שהופקדו בחשבון עד יום _____ <input type="radio"/> סכום הכספים שהופקדו בחשבון החל מיום _____ במסלול ההשקעה _____ <input type="radio"/> כל מסלולי ההשקעה (ברירת מחדל) <input type="radio"/> שם מסלול או מסלולי ההשקעה מהם העמית ירצה להעביר ירצה להעביר את הכספים שנצברו לזכותו.
מספר חשבון בקופת הגמל המעבירה _____ שם קופת הגמל המעבירה _____ מספר החשבון בקופת הגמל המקבלת _____ שם קופת הגמל המקבלת _____	
ולאחר שקראתי בעיון את התנאים שנקבעו לעניין הכיסוי הביטוחי בקופת הגמל המקבל והוסברו לי תנאים אלה היטב, כלל שנקבעו תנאים כאמור.	
לידיעתך ברירת המחדל להעברת הכספים, במידה שלא ציינת את סך היתרה שתועבר לקופת המקבלת, מרכיבי החשבון שמהם יועברו הכספים או את מסלולי ההשקעה שמהם תרצה להעביר את הכספים, היא העברת מלוא הכספים שנצברו בחשבוןך בקופת המעבירה, בכל מרכיבי החשבון ובכל מסלולי ההשקעה.	

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 בקופת 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 (ד23) לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ה-2005. להפניקס אקסלנס פנסיה וגמל בע"מ.

4 ידוע לי כי החל במועד הקובע* אילך 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:

- לא קיים צו עיקול על חשבוני בקופת המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל;
- לא קיים שעבוד שנעשה כדין על חשבוני בקופת המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל;
- לא קיימת בחשבוני בקופת המעבירה יתרת חוב בשל הלוואה שטרם נפרעה במלואה;
- לא התחלתי לקבל קצבת זקנה מהקופה המעבירה בגין הסכום להעברה;
- 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 לקופת 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 חברה לביטוח 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 לקופת המקבלת.

שם העמית	
ת.ז.	תאריך
<input checked="" type="checkbox"/> חתימת העמית	
לגבי עמית נתון לאפטרופוסות	
שם האפטרופוס	ת.ז.
<input checked="" type="checkbox"/> חתימת האפטרופוס	

7 חתימתי על בקשה זו נעשית לאחר שקראתי אותה בעיון ותוכנה הוסבר לי היטב, ולאחר ששקלתי את האמור בה וגמרתי אומר להתחייב בה. לידיעתך, בקשת העברה זו ניתנת לביטול ובלבד שהכספים טרם הועברו. ביטול ייעשה על-ידי חתימה על טופס הודעת ביטול והעברתו לקופת המעבירה (הקופה ממנה מועברים הכספים). העברת הטופס אפשרית, בין היתר, בפקס, בדואר או בדוא"ל.

ולראיה באתי על חתום	
שם האפטרופוס	ת.ז.
<input checked="" type="checkbox"/> חתימת העמית	
לגבי עמית נתון לאפטרופוסות	
שם האפטרופוס	ת.ז.
<input checked="" type="checkbox"/> חתימת האפטרופוס	

אנא העבר את הטופס לכתובת מייל: maavar_amitim@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.

הודעת עמית על ביטול בקשת העברה נספח ו ישאר בידי הלקוח

לכבוד

(שם הגוף המנהל של קופת הגמל המעבירה) _____

(שם קופת הגמל המעבירה) _____

(מס' אישור מס הכנסה של הקופה המעבירה) _____

← בקשת העברה

בהמשך לבקשתי להעברת כספים מקופת הגמל _____ (שם הקופה המעבירה), חשבון/פוליסה מס' _____ (מס' חשבון בקופה המעבירה) לקופת הגמל _____ (שם הקופה המקבלת) מספר אישור מ"ה _____ (מס' אישור מס הכנסה של הקופה המקבלת), אני מודיע בזה כי בקשתי מבוטלת. ולראיה באתי על החתום, היום _____

X			
חתימת העמית	תאריך	שם העמית	
X			לגבי עמית נתון לאפטרופוסות
חתימת האפטרופוס	ת.ז.	שם האפטרופוס	