

ג. פרטי המוטבים במוטב המבוטח המוטבים לביטוח

לסכומי הביטוח שלא נקבע בגינם מוטב בלתי חוזר. אם נקבע מוטב בלתי חוזר, ליתרת סכומי הביטוח, לאחר התשלום למוטב הבלתי חוזר:

שם המשפחה והשם הפרטי	מספר זהות	תאריך לידה	יחס/קרבה	חלק ב-%

לפי צוואה יורשים חוקיים

ד. פרטי הביטוח בפרופיל דינמי הדור החדש

תאריך התחלת הביטוח	תאריך התחלת עבודה אצל מעסיק*	משכורת חודשית של המבוטח	המשכורת מתעדכנת על פי:
____ / ____ / 20____	____	ש"ח _____	<input type="checkbox"/> תקבול <input type="checkbox"/> צמוד מדד <input type="checkbox"/> צמוד תוספת יוקר עם תקרה <input type="checkbox"/> צמוד תוספת יוקר בלי תקרה
מועד תשלום הפקדה		מבוסס על	
חודשית ראשונה _____ בגין משכורת _____		משכורת בשנה אחת _____	

ה. שיעורי ההפקדות השוטפות מהמשכורת

על חשבון המעסיק	על חשבון העובד לתגמולים	פרמיה לפי סעיף 47 ב(2) * - מוכר כקופת גמל
<p>הוצאה המוכרת בגין סך-כל תגמולי מעביד ואבדן כושר עבודה היא עד 7.5%.</p> <p>לפיצויים % _____ לתגמולים % _____</p> <p>לאכ"ע (כ-% מהשכר לפוליסה בלבד) בנוסף לתגמולים 75% פיצוי חודשי או עד % _____ (לא פחות מ-2.50%), לפי הנמוך מביניהם, במידה ועלות הכיסוי הביטוחי תעלה על תקציב זה יוקטן הפיצוי החודשי.</p>	<p>% _____ (על פי סעיף 45)</p>	<p>פוליסה נפרדת מפוליסת פרופיל דינמי הדור החדש מנהלים ועובדים שכירים.</p> <p>100% מההפקדה השוטפת בתכנית לקצבה.</p> <p>גובה המשכורת ש"ח _____</p> <p>% _____ לסעיף 47 ב(2) על-פי סוג הפוליסה שנבחר לביטוח מנהלים</p>
שיעורי ההפקדות לפי צו הרחבה לפנסית חובה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		

* בהתאם לצו איסור הלבנת הון, עבור פוליסה לביטוח לפי סעיף 47 ב(2), יש למלא הצהרת בעל פוליסה לעניין הלבנת הון ושאלון הכר את הלקוח.

ו. חלוקת המשכורת החודשית ההתחלתית ותכנית הביטוח

פוליסה מסוג "פרופיל דינמי הדור החדש - מנהלים ועובדים שכירים" גיל המבוטח בתום תקופת הביטוח* (אם לא תסמן, הגיל ייקבע על-פי גיל 68)

68 65 64 62 60

דמי ניהול		אחוז רכיבי ההפקדות לתוכנית הביטוח				סוג התכנית
דמי ניהול לפי סעיף 47 ב(2)	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר	דמי ניהול מההפקדה השוטפת	לתגמולי עובד	לתגמולי מעסיק	לפיצויים	משכורת לתוכנית הביטוח
_____	1.05%	4%	_____%	_____%	_____%	ש"ח _____ לחודש ____ / ____

תכנית הביטוח למבוטח אשר במועד ההצטרפות גילו 60 ומעלה (אם לא נבחרה תכנית הביטוח תקבע תכנית הביטוח כולל מקדמי קצבה מובטחים תוחלת חיים כברירת מחדל)

תכניות הביטוח כולל מקדמי קצבה מובטחים תוחלת חיים

תכניות הביטוח מקדמי קצבה לא מובטחים

*גיל תום תקופת הביטוח בפרופיל לא יפחת מגיל תום תקופת הביטוח בכיסוי אובדן כושר עבודה (ככל שנרכש).



ז. מסלולי השקעה ב"פרופיל דינמי הדור החדש"*

מסלולי השקעה	אחוז לפיצויים	אחוז לתגמולים	סעיף (2) ב-47
מודל השקעות תלוי גיל			
אג"ח			
אג"ח עד 15% במניות			
הלכה			
שקלי			
שקלי טווח קצר			
מניות			
מחקה מדד S&P 500			
משולב סחיר			
עוקב ממדים גמיש			
סה"כ	100%	100%	100%

* במידה ולא נבחר מסלול השקעה עבור רכיב הפיצויים ו/או התגמולים, ייקבע מודל השקעות תלוי גיל כמסלול ברירת המחדל. במידה ונבחר מסלול שונה ממסלול מודל השקעות תלוי גיל עבור רכיב הפיצויים, יש להחתים את המעסיק בתחתית סעיף ח'.

ח. הצהרות המעסיק

זכאות בלא תנאי/סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין

<p>1. זכאות בלא תנאי</p> <p><input type="checkbox"/> מיידית</p> <p><input type="checkbox"/> לאחר 3 שנים</p> <p>ידוע לי כי משמעות סעיף זה היא מתן הוראה בלתי חוזרת לפיה הכספים יועברו אוטומטית לידי המבוטח, כאשר תסתיים עבודתו אצלי מכל סיבה שהיא ולא אוכל לקבל החזר כספי כלשהו בלא קבלת הסכמה מהמבוטח.</p>	<p>2. סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין (גא סמן במקום המתאים)</p> <p><input type="checkbox"/> על מלוא השכר וההפרשות בפוליסה (מתוקף ההסכם הכללי או הסכם קיבוצי וצו הרחבה).</p> <p><input type="checkbox"/> שיעורי הפרשה לפי הצו בלבד (לפי שיעור ההפרשה המחויב בצו ועד השכר הממוצע במשק).</p> <p><input type="checkbox"/> שיעורי הפרשה המלאים עד השכר הממוצע במשק.</p> <p>לתשומת ליבך, משמעות סימון סעיף 14 ללא חתימת מעסיק היא שפיצויים המופקדים בפוליסה אינם שייכים אוטומטית למבוטח.</p>
--	---

אישור המעסיק לעובד לקבוע בעתיד את מסלולי ההשקעה למרכיב הפיצויים עליהם לא חל סעיף 14.

תאריך _____ שם החותם _____ תפקיד _____ חתימה וחותמת המעסיק X _____

ט. הפקדות חד-פעמיות - ניוד

הפקדה חד-פעמית במסגרת העברה בין קופות גמל חובה לצרף טופס מקדים לבקשת העברת כספים ל"כלל ביטוח"

לשומת לבך:	מעמד העמית בקופה המקבלת	סכום ההפקדה יקבע על-פי הסכום שיועבר על-ידי הקופה המעבירה
1. בהעברות כספים בין קופות גמל, פניית המבוטח תיעשה לקופה המקבלת (שאליה מועברים הכספים).	<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי	
2. המשמעות של שינוי ייעוד הכספים מהוון לקצבה היא הפקדה חדשה והמשיכה תהיה לפי כללי קצבה.	סוג התכנית המבוקשת	סוג הקופה המעבירה
3. בהתאם לצו איסור הלבנת הון, עבור פוליסה המבוססת על סעיף 47 ב'2 יש למלא בנוסף הצהרת בעל הפוליסה לעניין הלבנת הון ושאלון הכר את הלקוח.	<input type="checkbox"/> הון (בלא שינוי) <input type="checkbox"/> תכנית לקצבה	כספים הוניים
4. יש להחתים את המבוטח על הבקשה להעברת כספים (נספח א') לאחר אישור ההצעה ותנאי החיתום	<input checked="" type="checkbox"/> תכנית לקצבה	כספים קצבתיים

מטרת ההפקדה	פיצויים	תגמולים
סכום ההפקדה בש"ח		

י. קצבה מיידית

מעוניין לבצע הפקדה/ות ו/או ניוד לפוליסה ולקבל קצבה מהפוליסה בתוך 12 חודשים ממועד ההפקדה האחרונה ו/או מועד הניוד, לפי המאוחר.

הערות:

- לבני 60 ומעלה שבחרו בנספח מקדמי קצבה מובטחים תוחלת חיים.
- לצורך קבלת הקצבה יש למלא ולהגיש לחברה טופס "בקשה לקבלת מידע על אפשרויות קצבה" או טופס "בקשה למימוש זכויות בקבלת קצבה חודשית מפוליסת ביטוח חיים", לפי העניין.



יא. כיסויים ביטוחיים בפרופיל דינמי הדור החדש

מתוך "פרופיל דינמי הדור החדש - מנהלים ועובדים שכירים"

תקופת הביטוח	הפיצוי החודשי****	הכיסוי הביטוחי	סוג הכיסוי*
גיל 67 (בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח)	מהמשכורת בפוליסה _____% אם לא צויין שיעור הפקדה לאבדן כושר עבודה בסעיף "שיעור הפקדות שוטפות מהמשכורת" הכיסוי יהיה מתוך התגמולים	<input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי בתאונות עבודה <input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם ל 25% <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	כיסוי אבדן מוחלט או חלקי של כושר עבודה "מגן הכנסה" פרמיה משתנה כל שנה. תקופת המתנה 3 חודשים.
		<input type="checkbox"/> שחרור בלבד הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם ל 25% <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	
<input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 64	תום תקופת הביטוח לאבדן כושר עבודה (למבוטח שמבקש לרכוש לגיל תום תקופת ביטוח שונה מגיל 67) בהתאם לתאריך לידתו של המבוטח****.	האם יש לך ביטוח כלשהו (כולל קרן הפנסיה) לתשלום פיצוי חודשי במקרה של אבדן כושר עבודה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט הסכום: _____	

נחתם הסכם לרכישת אבדן כושר עבודה מפעלי

ככל שהסכם לרכישת אבדן כושר עבודה מפעלי כולל שחרור הפקדות שוטפות במוצר פנסיוני אחר נא סמן ומלא שיעור ההפקדות השוטפות לשחרור מהשכר המבוטח:

מוצר פנסיוני אחר בגוף מוסדי שאינו המבוטח ושאינו קרן פנסיה: _____% מהשכר המבוטח

פוליסה נפרדת ב"כלל ביטוח": _____% מהשכר המבוטח

מתוך "פרופיל דינמי הדור החדש - 47 ב(2)"

תקופת הביטוח	הפיצוי החודשי****	הכיסוי הביטוחי	סוג הכיסוי*
גיל 67 (בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח)	מהמשכורת בפוליסה _____% אם לא צויין שיעור הפקדה לאבדן כושר עבודה בסעיף "שיעור הפקדות שוטפות מהמשכורת" הכיסוי יהיה מתוך התגמולים	<input type="checkbox"/> פיצוי ושחרור הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> ביטול קיזוז ביטוח לאומי בתאונות עבודה <input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם ל 25% <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	כיסוי אבדן מוחלט או חלקי של כושר עבודה "מגן הכנסה" פרמיה משתנה כל שנה. תקופת המתנה 3 חודשים.
		<input type="checkbox"/> שחרור בלבד הרחבות****: <input type="checkbox"/> עיסוק ספציפי <input type="checkbox"/> פרנצ'יזה <input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם ל 25% <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש	
<input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 64	תום תקופת הביטוח לאבדן כושר עבודה (למבוטח שמבקש לרכוש לגיל תום תקופת ביטוח שונה מגיל 67) בהתאם לתאריך לידתו של המבוטח****.	האם יש לך ביטוח כלשהו (כולל קרן הפנסיה) לתשלום פיצוי חודשי במקרה של אבדן כושר עבודה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט הסכום: _____	

* סכום הביטוח של הכיסוי הביטוחי לאבדן כושר עבודה כפוף:

א. למגבלת עלות כיסויים ביטוחיים מתוך ההפקדות לקופת גמל על-פי האמור בתנאי הפוליסה וכלל שנרכש כיסוי אבדן כושר עבודה, בתנאי כיסוי אבדן כושר עבודה "מגן הכנסה" ובכפוף להסדר החתיקתי.

ב. לשיעור הפקדת המעסיק לאבדן כושר עבודה כאשר נרכש בנוסף להפקדות לתגמולים

** בעת רכישת כיסוי "מגן הכנסה" יש לצרף דו"ח התפתחות פרמיה חתום על ידי המבוטח

*** סכום תגמולי הפיצוי החודשי הראשון שישולם למבוטח בקרות מקרה הביטוח לא יעלה על 75% מממוצע השכר המבוטח, ב-12 החודשים או ב-3 החודשים שקדמו למועד קרות מקרה הביטוח (או ממועד תחילת הביטוח אם חלפו פחות מ-12 חודשים), כשהוא צמוד למדד החל ממועד קרות מקרה הביטוח ועד למועד תשלום הביטוח ועד למועד תשלום, בכפוף לקיזוז כל תשלום חודשי המגיע למבוטח מגורם ממשלתי ו/או ממבטח אחר ו/או קיזוז הכנסות אחרות שהיו למבוטח, והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.

ככל שישתנה מעמד המבוטח משכיר לעצמאי, סכום תגמולי הפיצוי החודשי הראשון לא יעלה על 75% מממוצע ההכנסה מעבודה, ב-12 החודשים שקדמו למועד קרות מקרה הביטוח (או ממועד תחילת הביטוח אם חלפו פחות מ-12 חודשים), כשהוא צמוד למדד החל ממועד קרות מקרה הביטוח ועד למועד תשלום, בכפוף לקיזוז כל תשלום חודשי המגיע למבוטח מגורם ממשלתי ו/או ממבטח אחר ו/או קיזוז הכנסות אחרות שהיו למבוטח, והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.

**** לא ניתן לרכוש יחד את שתי הרחבות: פרנצ'יזה וקיצור תקופת המתנה ל-1 חודש

***** ככל שנקבע לפוליסה ולאבדן כושר עבודה גיל תום זהה, יקבע גיל תום לאבדן כושר עבודה כתום תקופת הפוליסה או בהתאם לתאריך לידתו של המועמד לביטוח, המוקדם מביניהם



יב. הצהרת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

- אני החתום מטה, המועמד לביטוח, מבקש בזה מכלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטח") לבטח את חיי המועמד לפי הרשום בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות.
- א. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה על-ידי הן כנות, נכונות ומלאות, ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח.
 - ב. ידוע לי כי במקרה של העלמת מידע או תשובה כוזבת יהיה חוזה הביטוח בטל מעיקרו ו/או תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח. בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח.
 - ג. ידוע לי כי התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות עליהן חתמתי במסגרת פוליסות ביטוח חיים בלבד ו/או כל מידע אחר בכתב שיימסר למבטח על ידי במסגרת פוליסות/ות ביטוח חיים וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו לצורך ביצוע החיתום הרפואי וכתנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. מובהר, כי גם אם מסרתי מידע ו/או מסמכים רפואיים ו/או הצהרתי על מידע ו/או מסמכים כאמור במסגרת פוליסות בענפי ביטוח אחרים אצל המבטח (להלן: "המידע הרלוונטי"), אך לא מסרתי את המידע הרלוונטי למבטח במסגרת פוליסות/ות ביטוח חיים יחשב הדבר לעניין בחינת תביעותי במסגרת פוליסות/ות ביטוח חיים כאילו לא גיליתי למבטח את המידע הרלוונטי. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעם המבטח לדחיית קבלת ההצעה.
 - ד. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ובכפוף להוראות הדין.
 - ה. ידוע לי כי הודעות וכן כל המסמכים הנלווים לשינוי מוטבים, משיכות והעברות בין מסלולי השקעה, תביעות ומשיכות בתום תקופת הביטוח צריכות להימסר במשרדי החברה בלבד.
- אני מאשר אני מאשר
- ולראיה באתי על החתום:**
- תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח X _____

יג. הצהרה בדבר קבלת הסברים לגבי המוצר הפנסיוני

אני מצהיר בזאת, כי הסכמתי להצטרף למוצר הפנסיוני המצוין לעיל בהצעה זו, לאחר שהוסברה לי כדאיות ההתקשרות על-ידי המשווק הפנסיוני, בהסתמך על המידע שמסרתי לו. נמסר לי כי מכלול המוצרים הפנסיונים על-ידי החברה, מפורסמים באתר האינטרנט של החברה. כן נמסר לי כי מגוון המוצרים הפנסיונים משתנה מעת לעת.

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח X _____

יד. אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 50%.

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח X _____

טו. הצהרת המשווק הפנסיוני / היועץ / הסוכן הפנסיוני

1. אני החתום מטה, המשווק הפנסיוני/היועץ/הסוכן הפנסיוני, המתווך בין המועמד לבעלות על הפוליסה והמועמד לביטוח לבין המבטח, מצהיר בזה כי שאלתי את המועמד לביטוח ואת המועמד לבעלות על הפוליסה, את כל השאלות המופיעות בהצעה זו, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית, וכי המסמך נחתם בפניי.
2. אני מצהיר בזה כי הבאתי לידיעת המועמד לביטוח את ההצהרות הרשומות לעיל, והמועמד אישר לי מפורשות כי הבין את משמעות ההצהרות וכי הוא מסכים לאמור בהן.
3. אני מצהיר בזה, כי נכון למועד חתימת ההצעה כיסוי אבדן כושר העבודה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין הפקדות מרובד השכר שאינו מבטח בקרן פנסיה חדשה.

תאריך _____ חתימת המשווק הפנסיוני/ היועץ/הסוכן הפנסיוני X _____ חתימת הסוכנות X _____

טז. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

רשות שוק ההון הקימה את אתר "הר הביטוח", אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לצפות במרוכז בכל מוצרי הביטוח שלך, בכל חברות הביטוח בישראל, וזאת על בסיס נתונים שאנו מעבירים אליהם.

ככל שאינך מעוניין/ת שנעביר נתונים אלה, לאחר הפקת הפוליסה, עליך ליצור עמנו קשר באמצעות מוקד שירות הלקוחות בטלפון שמספרו *5454.

לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לצפות במרוכז בכל מוצרי הביטוח שברשותך, בכל חברות הביטוח בישראל, המופיעות באתר הר הביטוח



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 כח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו (צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

א. מייפה הכוח (הלקוח):

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
_____	_____	_____
כתובת מגורים		

ב. מיופה הכוח (סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני, במקרה של בעל רישיון שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד)

שם (יחיד/תאגיד)	רישיון מספר	מספר טלפון
_____	_____	_____
אשר הינו:	דוא"ל	
<input type="checkbox"/> יועץ פנסיוני <input type="checkbox"/> סוכן ביטוח פנסיוני (סמן את האפשרות המתאימה)	_____	
אני החתום מטה, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני ומי מטעמו ¹ , לפנות בשמי לגוף המוסדי ² המפורט לעיל לשם קבלת מידע ³ אודות מוצרים פנסיוניים ⁴ ותכנית ביטוח ⁵ 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 מנוהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיופה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.		

ג. הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

1. מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר	2. מספר הקידוד של המוצר (חובה)	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"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<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.
* 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. תקופה של יפוי הכוח

שים לב כי 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

חתימת הלקוח _____ תאריך החתימה _____

שם סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני _____ חתימת סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני _____ תאריך חתימה _____

1 "מי מטעמו" - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פנייה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (יעוץ, 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 קרן פנסיה.

3 "מידע אודות המוצר" - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלולי ביטוח, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שיעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככלל שנדרש.

4 "מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31(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.

