



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
רחוב	מספר
מס' טלפון	מס' פקס
דוא"ל	דוא"ל

2. פרטי המבוטח / המועמד לביטוח (יש לצרף צילום תעודת זהות)	
שם משפחה	שם פרטי
מספר תעודת זהות	תאריך לידה
רחוב	מספר
מס' טלפון נייד	מס' טלפון נייד
דוא"ל	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 אגא סמן ☐.
לידיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון *3453 / באתר האינטרנט www.hcsra.co.il.
בחירתך לשליחת המידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).

3. פרטי התשלום	
☐ העברה מקופה אחרת (יש לצרף בקשת העברה המצורפת כנספח להצעה זו)	
☐ 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 וחתמת 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 תש" לומי מעבידים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצויי פיטורין.	☐ כן ☐ לא

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 ☐ לא

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 ☐ לא

תאריך:	חתימת וחותמת המעסיק: X
--------	------------------------

09/2025
גרסה***3453**הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il

עמוד 1 מתוך 8

5. מסלולי השקעה*			
מסלול השקעה	אחוז הפקדה בתגמולים	אחוז הפקדה בפיקציות	
הכשרה - אג"ח ממשלות	%	%	בגין מבטח שאינו זכאי לפיקציות לפי סעיף 14 או לפי ויתור אוטומטי או לפי זכאות ללא בלא תנאי כמצוין בסעיף 5 לעיל נדרשת חתימת המעסיק על סעיף זה במידה ונבחר, ביחס לכספי הפיקציות, מסלול השקעה שונה ממסלול השקעה ברירת המחדל.
הכשרה - מניות	%	%	
הכשרה - משולב סחיר	%	%	
הכשרה - עוקב מדדים גמיש	%	%	
הכשרה - עוקב מדד S&P 500	%	%	
הכשרה - כספי (שקלי) ☐ 6 חודשים ☐ 12 חודשים ☐ 24 חודשים בחירת מסלול בתום התקופה: _____ _____	%	%	
הכשרה - מסלול השקעה מודל תלוי גיל (ברירת מחדל)	%	%	תאריך: _____ חתימת המעסיק: X _____
הכשרה - מסלול לבני 50 ומטה	%	%	
הכשרה - מסלול לבני 50-60	%	%	
הכשרה - מסלול לבני 60 ומעלה	%	%	
סה"כ	100%	100%	

* כל שלא יבחר מסלול השקעה, יושקעו הכספים במודל השקעות תלוי גיל - מסלול ברירת מחדל.
 * מודל השקעות תלוי גיל (מסלול ברירת מחדל) תואם את גיל המבוטח, שינוי המסלול יבוצע אוטומטית בהתאם לגילך לאחד מ - 3 המסלולים הבאים:

- א. הכשרה - מסלול לבני 50 ומטה.
- ב. הכשרה - מסלול לבני 50-60.
- ג. הכשרה - מסלול לבני 60 ומעלה.

* כל שנבחר מסלול כספי (שקלי) ולא נבחר מסלול המשך בתום התקופה, צבירת הכספים במסלול הכספי תועבר למסלול ברירת מחדל (הכשרה - מסלול תלוי גיל).
 * שיעור העלות השנתית הצפויה יוצג לך לאחר סיום ההצטרפות, באזור האישי שלך באתר שלנו www.hcsra.co.il.

* הצגת שיעור העלות השנתית הצפויה מהווה תחזית בלבד, ומבוססת על מגוון רחב של הנחות אשר חלקן מבוסס על נתוני שנים קודמות ועל נוסחת המרה אחידה, ואשר כולן נערכו בהתבסס על המידע שהיה זמין לגוף המוסדי בתחילת שנת הדיווח שבגינה מוצגת העלות השנתית הצפויה ובהתאם לנתונים האמורים. שיעור ההוצאות הישירות הצפוי בשל ביצוע השקעות מוצג לכל מסלול השקעה ובהתאם לצבירה בכל מסלול השקעה יחסית לצבירה הכוללת בכל מסלולים. אי לכך, אין בהצגה זו בכדי לחייב את הגוף המוסדי לגביית עלויות בהתאם לשיעור העלות השנתית הצפויה, וכי השיעור בפועל ייקבע בין היתר, בהתאם להשקעות שיבוצעו במהלך השנה, לתשואות שיושגו במהלך השנה על נכסי העמיתים במסלול ההשקעה ובהתאם לסך המשיכות וההפקדות שיבוצעו בחשבון במהלך השנה. כמו כן, הגוף המוסדי אינו מחויב בעדכון או שינוי שיעור העלות השנתית הצפויה על מנת לשקף אירועים או נסיבות שיחולו לאחר הצגתו.

6. מינוי מוטבים במות המבוטח						
שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	מין	קרבה	חלק יחסי (באחוזים)
			☐ זכר ☐ נקבה			
			☐ זכר ☐ נקבה			
			☐ זכר ☐ נקבה			
			☐ זכר ☐ נקבה			

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

7. דמי ניהול שנתיים מהחסכון המצטבר	
☐ דמי ניהול ברירת מחדל	1.05%
☐ 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. כלל שניתנה על ידך בעבר הוראה לחברתנו להסרה מהממשק לאיתור מוצרי ביטוח, ראה הודעה זאת כמבוטלת.

***3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il

עמוד 2 מתוך 8

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/או בהצהרות הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנו מתוך רצוני החופשי והסובר לי, שכלל שלא אעשה כן, תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח בעת הצורך והואיל והברת 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.

1. 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 שנבקעו על ידי המפקח על הביטוח.
2. הובא לידיעתי שהביטוח אינו מכסה תביעות אשר נובעות ו/או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאותי הלקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסתי לביטוח זה לתוקף או שהתגלו בתקופת האכשרה.
3. 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.
4. תנאי לי האפשרות לקבל את הפרטים המפורטים בסעיפים 4-2 לעיל בכתב וכן את תנאי הפוליסה וכתבי השירות הנלווים, לרבות באמצעות דוא"ל.
5. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני משיב גם בשמם כאפוטרופוס/ית טבעי/ת.
6. ידוע לי כי ההתקשרות עם הקבוצה תיכנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת תשלום בגין הפקדה ראשונה ובאישור החברה לקבלת המועמד לביטוח.
7. במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, והוצע לי ביטוח התואם את צרכי ואת הביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותי.
8. במסגרת תהליך המכירה הוצג בפניי דמי הביטוח בעבור כל אחת מתכניות הביטוח שבכוונתי לרכוש בנפרד.
9. יומרה, כי בנוסף לדמי הביטוח הנכבד מהחיסכון המצטבר הוצאות ניהול וביצוע השקעות, כך שחישוב התשואה במסלולי ההשקעה ויתרות הכספים שהופקדו בפוליסה יעשה לאחר ניכוי הוצאות אלו. שיעורי ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מנכסי הקופה, בהתאם לבתי ההשקעות השונים, מוצגים באתר האינטרנט www.hcsra.co.il של החברה בכתובת.
- 10.

11. ככל שהנך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שיוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1988, קרי "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך על מנת שבקשתך לקבלת לביטוח תיבחן 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 מרכיב 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 מסכים 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 מחברות 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 בחברה מנהלת ("קבוצת הכשרה ביטוח").

העברת מידע באמצעות הטלפון וכלים דיגיטליים:

אני מסכים, כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם הפוליסה ו/או אודות באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט, מערכת חיוג 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, מהמטות 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 קשורות (להלן ביחד: "הקבוצה"), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת בדבר מוצרי ושירותי הקבוצה, באמצעות דוא"ל, מערכת חיוג אוטומטית, הודעת מסר קצר (SMS) ורשתות חברתיות ובכל דרך אחרת. אני מסכים שהמידע אודותי ישמר במאגרי הקבוצה ובכלל זה, עיבודו, העברתו ואחסונו, לרבות בענן מחוץ לישראל, וכן פעולות אחרות הנלוות לשימושים האמורים ו/או הנדרשות לשם השלמתם, וזאת אף באמצעות העברת המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של הקבוצה. ידוע לי כי בכל עת באפשרותי לחזור בי מהסכמתי זו ע"י מסירת הודעה 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

המידע שתמסור ישמר במאגרי המידע של הקבוצה ומוגן בהתאם לחוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981. תשומת ליבך, לא חלה עליך חובה חוקית למסור את המידע, אך יהיה ולא תסכים למסור את המידע, לא נוכל להעניק לך את השירות/לפטל בפנייתך.

המידע המבוקש נדרש לנו, בין היתר, לצורך מתן הצעה לביטוח ו/או לתקשורת בעסקת ביטוח ו/או מתן שירות לפוליסה קיימת ו/או טיפול בתביעות ו/או תיווך בביטוח ושיווק פנסיוני, המידע משמש את הכשרה גם לצורך עיבוד נתונים על לקוחות החברה.

המידע יימסר לגורמים התומכים בפעילות הביטוחית של החברה וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים, בין היתר, גם בקשר למטרות אלו.

לפירוט בדבר מטרות נוספות שלשמן מבוקש המידע ולמי הוא יימסר, ניתן לעיין במדיניות הפרטיות של החברה המצויה באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.hcsra.co.il

במדיניות הפרטיות של החברה, תמצא גם מענה באשר לאופן מימוש זכותך לעיין במידע השמור אודותך ולתקנו במידת הצורך ובכפוף לדיו.

ליצירת קשר בכל נושא בנוגע למאגרי המידע של החברה, ובכלל זה עם בעלי השליטה במאגרי המידע, ניתן לפנות לממונה על הגנת הפרטיות או לממונה על פניות הציבור.

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

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 וסיגיה, 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.

חתימת המשווק הפנסיוני X _____

מס' המשווק הפנסיוני _____

שם המשווק הפנסיוני _____

תאריך _____

הצהרה בדבר תהליך השיווק הפנסיוני

אני הח"מ, מצהיר כי הוסבר לי שעל המשווק הפנסיוני להתאים את השיווק לצורכי הלקוח ובהתאם לכך לבחור עבורו את סוג המוצר הפנסיוני, המוצר הפנסיוני והגוף המוסדי. אני מאשר כי קיבלתי המלצה מהמשווק 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 פנסיוניים ככל שהסכמתי למסור מידע לגביהם. כמו כן קיבלתי מהמשווק 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
 (□ צורף 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 בקשות¹ להצטרפות למוצר או העברת בקשות¹ לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדיון. 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 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 שעבדים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש.
- ⁴ "מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתו 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

***3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il

עמוד 4 מתוך 8

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
		☐
		☐

* 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:

_____ X	
חתימת הלקוח	תאריך החתימה
_____ X	
שם סוכן הביטוח/ היועץ הפנסיוני	חתימת סוכן הביטוח/ היועץ הפנסיוני
_____	תאריך החתימה

בקשת העברה לקופת ביטוח המאשרת כקופת גמל

(עמית עצמאי או עמית שכיר)

נספח א'

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 ת.ז. ובמקרה של ת.ז. ביומטרית, יש לצרף צילום של שני צידי התעודה)									
שם משפחה			שם פרטי			מספר תעודת זהות			
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: א' _____ לגבי עמית נתון באפוטרופסות - שם האפוטרופוס: _____ חתימת אפוטרופוס: א' _____
2.	2.1 אני מבקש להעביר מחשבוני (אנא בחר אחת מהאפשרויות) ☐ מלוא הכספים (ברירת מחדל) ☐ סכום להעברה ש' _____ ☐ שיעור להעברה מתוך הכספים שנצברו לזכות העמית _____ % ☐ סכום הכספים שהופקדו בחשבון עד ליום _____ ☐ סכום הכספים שהופקדו בחשבון החל מיום _____ 2.2 שנצברו לזכותי (אנא בחר אחת מן האפשרויות) ☐ בכל מרכיבי החשבון (ברירת מחדל) ☐ במרכיב התגמולים ☐ במרכיב הפיצויים 2.3 במסלול השקעה (אנא בחר אחת מהאפשרויות) ☐ כל מסלולי ההשקעה (ברירת מחדל) ☐ שם מסלול/י ההשקעה מהם ארצה להעביר את הכספים שנצברו לזכותי: _____ 2.4 להכשרה חברה לביטוח בע"מ שהיא: ☐ קופת גמל לתגמולים שהיא קופת ביטוח ☐ קופת גמל לקצבה שהיא קופת ביטוח ☐ בהתאם לסוג קופות הגמל שהיו בחשבוני בקופה המעבירה ולאחר שקראתי בעיון את התנאים שנקבעו לעניין הכיסוי הביטוחי בקופת הגמל המקבלת והוסברו לי תנאים אלה היטב, ככל שנקבעו תנאים כאמור. לידיעתך, 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.
3.	אני נותן בזאת 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 הד"ן.



ג.	בקשת העברה* - המשך
5.	אני מצהיר, כי למיטב ידיעתי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו מתקיימים כל התנאים המפורטים להלן: 5.1 לא קיים צו עיקול על חשבוני בקופת הגמל המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל; 5.2 לא קיים שיעבוד שנעשה כדיון על חשבוני בקופת הגמל המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל; 5.3 לא קיימת בחשבוני בקופת הגמל המעבירה יתרת חוב בשל הלוואה שטרם נפרעה במלואה; 5.4 לא התחלתי לקבל קצבת זקנה מקופת הגמל המעבירה בגין הסכום להעברה; 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; 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.
6.	לגבי עמית פעיל בלבד 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. ☐ אני מבקש כבר עכשיו להודיע כי לא יופקדו בשלי כספים להכשרה חברה לביטוח בע"מ. חתימת העמית: X _____ ולגבי עמית נתון לאפוסטרופוס, שם האפוסטרופוס: _____ חתימת האפוסטרופוס: X _____
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 עלי-די חתימה על טופס הודעת ביטול והעברתו לקופה המעבירה (הקופה ממנה מועברים הכספים). העברת הטופס אפשרית, בין היתר, בפקס, בדואר או בדוא"ל. ולראיה, באתי על החתום, היום (תאריך): _____ חתימת העמית: X _____ ולגבי עמית נתון לאפוסטרופוס, שם האפוסטרופוס: _____ חתימת האפוסטרופוס: X _____
את הכספים יש להעביר לחשבוננו: שם הבנק: מזרחי מס' סניף: 461 מספר הבנק: 20 מספר חשבון: 534805	

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 ושלים.

יש למלא את הטופס ולהחזירו למייל: pensiony-h@hcsra-ins.co.il

שם המפקח:		מס' סוכן:		שם הסוכן:	
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	
מספר		דירה		ת.ד.	
מס' טלפון נייד		מס' טלפון נייד		מס' טלפון נייד	
דוא"ל		מיקוד		יישוב	
מספר פוליסה (קופה מעבירה)		מספר פוליסה (קופה מעבירה)		מספר פוליסה (קופה מעבירה)	

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 הנייד.	
שם:	תאריך:
שם:	תאריך:
חתימת המבוטח X	חתימת הסוכן X



dt3312^

***3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il

עמוד 8 מתוך 8