



הצעה לתוכנית BEST INVEST (בסט אינווסט) לעצמאים

להפקדות חד פעמיות / להעברות מקופות גמל

□ לעצמאים □ 60+ לעצמאים

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	מספר	דירה
זכר □ נקבה □	נשוי/ה □ גרש/ה □ רווק/ה □ אלמן/ה □	מספר	מספר
רחוב	מספר	דירה	מספר
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 אגא סמן □. 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			
□ העברה מקופה אחרת (יש לצרף בקשת העברה המצורפת כנספח להצעה זו)			
□ המחאה אישית: שם הבנק _____ מספר הבנק _____ מספר המחאה _____ מספר חשבון _____			
□ העברה בנקאית: 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, יושבו למשלם גומילת

3. מסלולי השקעה*	
מסלול השקעה	אחוז הפקדה בתגמולים
הכשרה - אג"ח ממשלות	%
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)	%
הכשרה - מסלול לבני 50 ומטה	%
הכשרה - מסלול לבני 50-60	%
הכשרה - מסלול לבני 60 ומעלה	%
סה"כ	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 נתונים 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 במס' לול 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 הצגתן.



dt3016

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

עמוד 1 מתוך 10

4. מינוי מוטבים במות המבוטח					
שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	מין	קרבה
				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.

5. דמי ניהול שנתיים מהחסכון המצטבר	
☐ דמי ניהול ברירת מחדל	1.05%
☐ דמי ניהול מוזלים (בכפוף למדיניות החברה כפי שתפורסם מעת לעת)	%

6. גילוי נאות	
סכום חד פעמי צפוי לגיל	בהנחת ריבית שנתי של 4% ובניכוי דמי ניהול שנתיים מהחסכון המצטבר של %
סכום קצבה חודשית צפויה לגיל	בהנחת ריבית שנתי של 4% ובניכוי דמי ניהול שנתיים מהחסכון המצטבר של % (אינה מובטחת)
סך תשלום חודשי שוטף לתקופה של	חודשים, בהנחת ריבית שנתי של 4% ובניכוי דמי ניהול שנתיים מהחסכון 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 הנהנה: יש לצרף צילום תעודת זהות / רשם חברות / תעודת תאגיד לפי העניין.				

ברשות שוק ההון ביטוח וחיסכון 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/א בהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנו מתוך רצוני החופשי והוסבר לי, שכלל 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 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 שחזרה 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 בפועל, לפי המוקדם מביניהם.
 - קיבלתי פירוט בדבר תקופת הביטוח, סוג הביטוח, הכיסויים הביטוחיים הכלולים בו לרבות סכומי ביטוח עיקריים, גבולות אחריות, החרגים 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 הלקוח, 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 נתונים 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 2-4 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 ההתקשרות עם הקבוצה תיכנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת תשלום בגין הפקדה ראשונה ובאישור החברה לקבלת המועמד לביטוח.
 - במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, והוצע לי ביטוח התואם את צרכי ואת הביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותי.
 - יובהר, כי בנוסף לדמי הניהול החברה תכנה מהחיסכון המצטבר הוצאות ניהול וביצוע השקעות, כך שחישבו התשובה במסלולי ההשקעה ויתרות הכספים שהופקדו בפוליסה ייעשה לאחר ניכוי הוצאות אלו. שיעורי ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החלופת נכנסת הקופה, בהתאם לבתי ההשקעות השונים, מוצגים באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hcsra.co.il
 - כל שנה אדם עם הגדרתו בחוק כשיווין 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", אגא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך על מנת שבקשתך לקבלת הביטוח תיבחן בהתאם להוראות החוק.**

בקשה לקבלת קוד לאזור האישוי 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 לאתר האינטרנט והסכמתי לתנאי השימוש האמורים בו.

קבלת שירותים מחברת הכשרה ביטוח:

ידוע לי ואני מסכים כי החברה תהיה רשאית לקבל בין השאר 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 עניין 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 אודותיי 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, 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 × _____

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 הספסים המתאימים המצויים באתר האינטרנט של החברה, שכתובתו www.hcsra.co.il.

תאריך: _____

חתימת המועמד לביטוח × _____

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 היה ולא תסכים למסור את המידע, לא נוכל להעניק לך את השירות/לספק בפנייתך. המידע המבוקש נדרש לנו, בין היתר, לצורך מתן הצעה לביטוח ו/או התקשרות 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 ימסר 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 ימסר, 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 אודותיך ולתקנו במידת הצורך ובכפוף לדיון. 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.

מסלולי 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 להוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלתם או הקטנתם, בקשה להפקדת 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 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 × _____

הצהרה בדבר תהליך השיווק הפנסיוני

אני הח"מ, מצהיר כי הוסבר לי שעל המשוק הפנסיוני להתאים את השיווק לצורכי 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 להון 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 × _____

***3453**

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

עמוד 3 מתוך 10

הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רישיון) (נספח ב2)
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 בקשות¹ להצטרפות למוצר או העברת בקשות¹ לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותי, 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 כהגדרתה בסעיף 31 ט(2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.
- ⁵ "תכנית ביטוח"
 תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.



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 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 ת.ז. ובמקרה של ת.ז. ביומטרי, 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 מחשבונו 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 באפטרופסות - שם האפטרופוס: _____ חתימת אפטרופוס: א _____
2.	2.1 אני מבקש להעביר מחשבוני (אנא בחר אחת מהאפשרויות) ☐ מלוא הכספים (ברירת מחדל) ☐ סכום להעברה _____ ש"ח ☐ 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 מסלולי 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
3.	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.
4.	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 מחשבונך של העמית תבוצע ובלבד שתתאפשר לפי הוראות הדיון.



dt3731

גרסה 09.2025

***3453**

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

עמוד 6 מתוך 10

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 לאפטרופסות, שם האפטרופוס: _____ חתימת האפטרופוס: 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 לאפטרופסות, שם האפטרופוס: _____ חתימת האפטרופוס: 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 המפיק:		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 פוליסה		תאריך לידה		מין	
☐ גרושה/ ☐ נשוי/ ☐ רווק/ ☐ אלמן/		☐ זכר ☐ נקבה		☐ מין ☐ נקבה	
רחוב		מספר		דירה	
מס' טלפון נייד		מס' טלפון בייח		מיקוד	
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:	חתימת המבוטח *
שם:	תאריך:	חתימת הסוכן *



dt3312^

גרסה 09.2025

***3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il
 עמוד 8 מתוך 10

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:	☐ ת.ז. ☐ דרכון מדינת ההנפקה של הדרכון
חלק ב' - בירור לעניין תושב חוץ/איש ציבור	
האם אתה תושב חוץ? ☐ כן ☐ לא אם סומן כן - אנא מלא את סעיף א' לטופס "איש ציבור" (שאלון 1 - "איש ציבור זר"). 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? ☐ כן ☐ לא אם סומן כן - אנא מלא את סעיף ב' לטופס "איש ציבור" (שאלון 2 - "איש ציבור מקומי").	

* **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 לישיבת קבע.

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

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



dt3139

***3453**

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

עמוד 9 מתוך 10

חלק ה' - מטרת ההתקשרות, מקור הכספים, והפעילות המתוכננת	
1.	מטרת פתיחת החשבון או חוזה ביטוח החיים: ☐ חיסכון לטווח קצר (עד שנתיים) ☐ חיסכון לטווח בינוני (בין שנתיים לשש שנים) ☐ חיסכון לטווח ארוך (מעל שש שנים) ☐ חיסכון לגיל פרישה
2.	מקור הכספים המופקדים: האם המבוטח או העמית מבצע את ההפקדה? ☐ כן ☐ לא אם סומן כן - אנא מלא סעיף זה. ☐ משכורת/קצבה ☐ תקבולים/הכנסות מעסק ☐ חסכונות שנצברו ☐ תקבולים מפעילות ניירות ערך בשוק ההון ☐ מכירת עסק ☐ הלוואה ☐ ירושה ☐ פיצויי פיטורין/פרישה ☐ זכייה ☐ מכירת נכס ☐ השכרת נכס ☐ העברת כספים מקופת גמל אחרת ☐ מתנה, שם נותן המתנה: _____ זיקה לנותן המתנה: _____ ☐ כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה; סוג העסק: _____ שם המדינה: _____ ☐ תרומה ☐ אחר: _____ אם סומן לא - אנא מלא את טופס "גורם משלם בפוליסה" (שאלון 3)
3.	המדינה ממנה התקבלו הכספים ☐ ישראל ☐ 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 נומינלי.
4.	סכום הפקדות שנתיות צפויות (ש"ח): _____ ☐ אין הפקדות צפויות
5.	תדירות הפקדות צפויה: ☐ אין הפקדות צפויות ☐ חד פעמי ☐ חודשי ☐ רבעוני ☐ חצי שנתי ☐ שנתי ☐ אחר פרט: _____
6.	אופן הפקדות הכספים בחשבון: ☐ המחאה ☐ הוראת קבע ☐ העברה בנקאית ☐ כרטיס אשראי
7.	האם צפויות הפקדות/משיכות בחשבון/חוזה ביטוח חיים מ/אל מדינה זרה? ☐ כן ☐ 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? ☐ כן ☐ לא
חלק ו' - הצהרות	
האם בעבר גוף פיננסי סירב להעניק לך שירותים מסיבות הקשורות באיסור הלבנת הון או מימון טרור? ☐ כן ☐ 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 מקומי" "איש ציבור זר" "בן משפחה" "חשבון" "לקוח" "נושא משרה" "תפקיד ציבורי בכיר"	איש ציבור זר או 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; 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; כהגדרתו בחוק ניירות ערך, התשכ"ח-1968; חשבון או חוזה ביטוח חיים, כהגדרתם בצו איסור הלבנת הון; מקבל השירות, כהגדרתו בצו איסור הלבנת הון; כהגדרתו בחוק החברות, תשנ"ט-1999, ולמעט דירקטור; לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר פרלמנט, חברי מפלגה בכירים, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושאי משרה בכירים בחברות ממשלתיות, בעלי תפקיד בכיר בארגונים בין-לאומיים או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;