

תאריך: _____

לקוח יקר ,

הדאגה לפנסיה ולהגנות ביטוחיות דורשות קבלת החלטות כלכליות ופיננסיות משמעותיות. **היכולות להשפיע על עתידך ועתיד משפחתך נתונה בידך.**

ריבוי המכשירים הפנסיוניים והפיננסיים (גמל, ביטוח, פנסיה חסכונית ומסלולי השקעה), תנאי פוליסות הביטוח, שינויי חקיקה בתחום זכויותיך ובתחום תקנות המס, שינוי בתנאים ובעלויות הביטוח לאורך השנים, מקשים מאוד על תהליך קבלת ההחלטות.

לצורך כך: *אנו נערוך מיפוי של הצרכים וההגנות למשפחתך ולך בתחום הביטוח, החיסכון והפנסיה. התכנון יתבסס על מוצרי הביטוח והחיסכון הקיימים ומצבך הכספי, בהתבסס על המידע שתסכים למסור ובהתאם לנסיבות.

כדי שתגיע ליעד בדרך המיטבית אנו נבצע את הפעולות הבאות:

- נקבל ממך ייפוי כח לפנייה למסלקה הפנסיונית, לחברות הביטוח והרשאה להיכנס בשמך לאתר "הר הביטוח" לצורך קבלת מידע לגבי המוצרים הפנסיוניים והבטוחים שעל שמך.
 - לצורך ביצוע הפעולות תידרש להמציא צילום תעודת זהות ופרטי כרטיס אשראי.
- התמורה לסוכנות – ללא ליווי מתמשך עבור:

איסוף מידע בלבד - קבלת נתונים מהמסלקה הפנסיונית, פגישה ראשונית והכנת מסמך המאגד את רשימת התוכניות, הנתונים הכספיים, מסלולי השקעה ודמי ניהול – **250 ₪ ליחיד**

איסוף מידע וניתוח תיק כולל הצעות לשינוי - קבלת נתונים מהמסלקה הפנסיונית, פגישה ראשונית והכנת מסמך המאגד בצורה מקיפה את רשימת התוכניות, הנתונים הכספיים, מסלולי השקעה, דמי ניהול, חלוקת הכסף להון קצבה ופיצויים, נזילות הכסף, כמה כסף צפוי לך בעתיד, הביטוחים וההגנות הקיימות, פירוט הפקדות והפרשות, פרטי מעסקים בעבר והיום, מוטבים, הלוואות ועיקולים במידה ויש בתוכניות השונות. נתונים של מוצרים פנסיוניים: פנסיה, גמל והשתלמות:

ליווי של שנתיים – **1,500 ₪ ליחיד.**

ניתוח תיק חד פעמי - **750 ₪ ליחיד**

***התהליך מאפשר לכם לקבל החלטות המותאמות לכם בבחירת הסוכן והחברה המנהלת.**

ביטוחי בריאות

ניתוח ומיפוי של מוצרי הבריאות והסיעוד: בדיקת ביטוחים כפולים, בדיקה והתאמת התוכנית למצב הכלכלי והמשפחתי. ינתנו דגשים והבדלים בין תוכניות ותיקות לבין מוצרים חדשים:

פירוט התוכניות הקיימות בסיעוד, גילוי מחלות קשות, ניתוחים פרטיים, יעוץ ובדיקות, השתלות, תרופות מחוץ לסל הבריאות, ביטוח תאונות אישיות – **750 ₪ למשפחה.**

הדרכה ועלות הליווי יקבעו ביחד ובהתאם לצורך לאחר הפגישה הראשונית.

מס' ת"ז	שם משפחה	שם פרטי	מספר כ. אשראי	תוקף	CVV

חתימה: _____

הסכום לתשלום: _____

הרשאה חד פעמית לסוכן / יועץ פנסיוני לקבלת מידע (נספח א)

צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח

מייפה הכוח (הלקוח):

שם: _____ מספר זיהוי

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

כתובת: _____

מיופה הכוח (סוכן/ יועץ פנסיוני, במקרה של סוכן/ יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד):

שם (יחיד / תאגיד): עטר ביטוח און ליין רישיון מס'

5	1	1	1	4	8	7	3	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---

אשר הינו: 1 יועץ פנסיוני 2 סוכן ביטוח פנסיוני 3 סוכן שיווק פנסיוני

סמן את האפשרות המתאימה.

טלפון 04-6580200 מייל is@ateret.co.il

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של הסוכן/ היועץ הפנסיוני, או מי מטעמו¹, לפנות בשמי לכל גוף מוסדי² לשם קבלת מידע³ אודות מוצרים פנסיוניים⁴ ותכניות ביטוח⁵ לשם מתן ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני באופן חד-פעמי או לשם מתן ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני לראשונה, כהכנה למתן ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית.

ייפוי כוח זה מתייחס לכל המוצרים הפנסיוניים המנוהלים עבורי בגוף מוסדי כלשהו נכון למועד חתימת הרשאה זו, מלבד המוצרים המנויים בטופס המצורף להרשאה זו (עבור כל גוף מוסדי בנפרד).

שים לב! אם לא יצוינו מוצרים פנסיוניים בטופס המצ"ב, ההרשאה תתייחס לכל המוצרים הפנסיוניים ותוכניות הביטוח שברשותך.

*****הרשאה זו תעמוד בתוקפה במשך 3 חודשים מיום חתימתה****

ולראיה באתי על החתום:

תאריך החתימה

חתימת הלקוח

¹ מי מטעמו - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות בפקוח 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 - 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(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.

נספח להרשאה חד פעמית לסוכן / יועץ פנסיוני לקבלת מידע (רשות)

לכבוד _____ (שם הגוף המוסדי)

הנדון: רשימת מוצרים פנסיוניים ותכניות ביטוח מוחרגים

שם הלקוח: _____ מספר זיהוי

להלן פירוט המוצרים הפנסיוניים ומוצרי הביטוח המוחרגים מייפוי הכוח:

(1) מספר חשבון הלקוח במוצר	(2) מספר קידוד של המוצר

* החרגה של מוצר פנסיוני תתייחס לכל הכיסויים הביטוחים הכלולים בו.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך החתימה

חתימת הלקוח

נספח זה יועבר לכל גוף מוסדי אליו פונה הסוכן/ היועץ הפנסיוני.

אם הלקוח לא ביקש להחריג מייפוי הכוח מוצר פנסיוני או מוצר ביטוח בגוף מוסדי, ישלח הנספח לאותו גוף מוסדי כשהוא ריק.

נספח 1

הרשאת שימוש פרטנית לשימוש באתר הר הביטוח

לכבוד

1. אני (שם מלא), _____, החתום מטה ת.ז. : _____, _____, מייפה כוחו של סוכן הביטוח עטרת ביטוח און-ליין בע"מ, לבצע חיפוש על שמי ועל שם ילדיי הקטינים באתר הר הביטוח.

- א. שם: _____ ת.ז. _____ תאריך הנפקה: _____
- ב. שם בן/בת זוג: _____ ת.ז. _____ תאריך הנפקה: _____
- ג. שם ילד/ה: _____ ת.ז. _____
- ד. שם ילד/ה: _____ ת.ז. _____
- ה. שם ילד/ה: _____ ת.ז. _____
- ו. שם ילד/ה: _____ ת.ז. _____

שאלות זיהוי:

- האם הונפק לך דרכון ב-3 השנים האחרונות? כן / לא
- האם יצאת מהארץ ב-3 השנים האחרונות? כן / לא

2. טופס הרשאה זה יעמוד בתוקף לחמישה ימי עבודה

מתאריך: _____ חתימת המבוטח: _____

אני החתום מטה, בשם עטרת ביטוח און-ליין בע"מ מספר ח.פ.: 511148736 מתחייב:

- לעשות שימוש בנתונים שנמסרו לי בהתאם להרשאה זו בלבד.
- שלא להחזיק בנתונים שנמסרו ולא לעשות בהם כל שימוש לאחר שיפוג תוקפה של הרשאה זו.

תאריך: _____ חתימת סוכן הביטוח: _____

נספח ב'

ייפוי כוח מאת המועמד לביטוח

עבור חברת הביטוח _____

אני _____ (שם מלא), ת.ז. _____, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח עטרת ביטוח און ליין ח.פ. 511148736 מס' טלפון 050-8336651 לדרוש ולקבל עבורי ועבור בני משפחתי אלה,

עבור פוליסות שמספרן _____, _____, _____,

_____ , _____ , _____ :

1. _____ (שם) _____ (מספר ת.ז.)
2. _____ (שם) _____ (מספר ת.ז.)
3. _____ (שם) _____ (מספר ת.ז.)
4. _____ (שם) _____ (מספר ת.ז.)

כל מידע הנדרש ל/ה לדעתנו/ה לצורך הליך התאמת ביטוח כאמור בסעיף 8(א) לחוזר צירוף לביטוח, לרבות קבלת דף פרטי הביטוח, קבלת העתק מטופס גילוי נאות של הפוליסה המקורית ודוח שנתי אחרון שנשלח אלי.

ייפוי כוח יהיה בתוקף 30 ימי עבודה מיום חתימתו.

תאריך _____ חתימה _____ מייל _____

תאריך _____ חתימת בן /ת זוג _____ מייל _____