

## בקשה להעברת בעלות בפוליסת מנהלים - בסט אינווסט

|                  |                        |          |             |
|------------------|------------------------|----------|-------------|
| מספר בעל הרישיון | שם בעל הרישיון הפיננסי | שם המפקח | מספר פוליסה |
|                  |                        |          |             |

| א. פרטי המועמד לביטוח ("המבוטח" / "העובד") |           |            |           |          |         |              |
|--|-----------|------------|-----------|----------|---------|--------------|
| מספר זהות / ח"פ / ח"צ                      | מספר נייד | מספר טלפון | השם הפרטי |          |         |              |
|  | 0         | 0          |           |          |         |              |
| דואר אלקטרוני                              |           | מיקוד      | יישוב     | מס' דירה | מס' בית | כתובת (רחוב) |
|  |           |            |           |          |         |              |

| ב. פרטי מעסיק נוכחי   |           |            |            |
|-----------------------|-----------|------------|------------|
| מספר זהות / ח"פ / ח"צ | שם המעסיק | מספר מעסיק | מספר טלפון |
|                       |           |            | 0          |

| ג. פוליסה/ות בהן יש לבצע קבלת בעלות                 |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> בכל פוליסות המנהלים.       |  |
| <input type="checkbox"/> בפוליסות מספר: 1. 2. 3. 4. |  |

| ד. הודעת המעסיק   |                          |                         |                  |                      |               |       |
|---|--------------------------|-------------------------|------------------|----------------------|---------------|-------|
| 1. אני מסכים לקבל את הבעלות / להיות המעסיק בפוליסות המנהלים, כמפורט להלן: |                          |                         |                  |                      |               |       |
| תאריך התחלת עבודה   | תאריך תשלום פרמיה ראשונה | חודש העברת פרמיה ראשונה | בגין משכורת חודש | שכר חודשי ברוטו בש"ח | מקצוע         | עיסוק |
|   |                          |                         |                  |                      |               |       |
| פרטי מעסיק חדש  |                          |                         |                  |                      |               |       |
| מספר זהות / ח"פ / ח"צ   | שם המעסיק                | מספר מעסיק בהכשרה       | מספר טלפון       |                      |               |       |
|   |                          |                         | 0                |                      |               |       |
| כתובת (רחוב)  | מס' בית                  | יישוב                   | מיקוד            | מספר פקס             | דואר אלקטרוני |       |
|   |                          |                         |                  |                      | @             |       |
| איש קשר אצל המעסיק  | שם משפחה                 | שם פרטי                 | תפקיד            | מספר טלפון           |               |       |
|   |                          |                         |                  | 0                    |               |       |

| 2. פרטים בדבר חלוקת השכר וההפרשות |             |                      |                          |                         |                                     |
|-----------------------------------|-------------|----------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| מספר הפוליסה                      | שכר לפוליסה | מרכיב הפיצויים * (%) | מרכיב תגמולי מעביד * (%) | מרכיב תגמולי עובד * (%) | הפרשות נוספות לאובדן כושר עבודה (%) |
|                                   |             | %                    | %                        | %                       | עד %                                |
|                                   |             | %                    | %                        | %                       | עד %                                |
|                                   |             | %                    | %                        | %                       | עד %                                |
|                                   |             | %                    | %                        | %                       | עד %                                |

\* במידה וההפרשות הינן בהתאם לצו הרחבה יש לסמן:

☐ שעור ההפרשות משתנה בהתאם לצו הרחבה לביטוח פנסיוני מקיף במשק לפי חוק הסכמים קיבוציים התשי"ז - 1975 כפי שידוע במועד ההצעה.

3. **אופן הגבייה שיחול על הפוליסה/ות:** (סמן ב - ☒ את המתאים)

|   |                                    |   |  |
|---|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> לפי תקבול המעביד | <input type="checkbox"/> צמוד למדד | <input type="checkbox"/> צמוד לתוספת יוקר עם תקרה | <input type="checkbox"/> צמוד לתוספת יוקר ללא תקרה |
|---|------------------------------------|---|--|

## ה. מסלולי השקעה לפוליסות לאחר 01/2004

|  |   |
|--|---|
| <p><b>אישור המעביד למבטוח בבחירת מסלול השקעה לגבי מרכיב פיצויים</b></p> <p>הריני לאשר כי המבטוח רשאי לקבוע את מסלול השקעה לגבי מרכיב הפיצויים.</p> <p>* לגבי מרכיב הפיצויים, מסלול שונה מברירת המחדל יקבע ע"י העובד רק בכפוף לאישור מעביד או הסכם לפי כספי מרכיב הפיצויים יבואו במקום פיצויי פיטורין בהתאם להוראת סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין.</p> | <p><input type="checkbox"/> מסלולי ההשקעה של הצבירה והפרמיה השוטפת ייקבעו בהתאם לברירת המחדל המפורטת בתנאים הכלליים של הפוליסה</p> <p><input type="checkbox"/> ברצוני לשנות את מסלולי ההשקעה. מצ"ב טופס שינוי מבולוי השקעה.</p> |
| <p>תאריך _____ חתימה _____</p>   |   |

## ו. פרטים נוספים למילוי על ידי המעסיק

|  |   |   |
|--|---|---|
| שליטה בכספים שהופקדו למרכיב הפיצויים (חובה לסמן אחת מהאפשרויות להלן):  |   |   |
| <p>קיים בין העובד והמעביד הסכם עבודה שחל עליו סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין התשל"ג - 1963 בהתאם לאישור כללי בדבר תשלומי מעבידים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצויי פיטורין. אם קיימת הצהרה לגבי תחולת סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין ולא הוחלט על רכישת כיסוי אבדן כושר עבודה במסגרת הצעה זו. הרי שהמטעמד לביטוח והמעביד מצהירים כי ידוע להם שבמסגרת הצעה זו הם בחרו שלא לרכוש כיסוי אבדן כושר עבודה והם פוטרים את החברה מכל אחריות בקשר לכך.</p>   | <p><input type="checkbox"/> כן<br/><input type="checkbox"/> לא</p>        | <p>1.1 הסכם לפי סעיף 14</p>                               |
| <p>המעביד 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 למבטוח.</p>   | <p><input type="checkbox"/> כן<br/><input type="checkbox"/> לא</p>        | <p>1.2 ויתור אוטומטי</p>                                  |
| <p>לעובד זכאות בלא תנאי לעניין משיכה ממרכיב הפיצויים.</p> <p>המעביד מאשר כי העובד יהיה זכאי למשכון את כספי הפיצויים ללא תנאי החל ביום או בתום שלוש שנות עבודה של העובד אצל המעביד ממועד תחילת העבודה הנקוב לעיל, המוקדם מבין המועדים הנ"ל.</p> <p>המעביד מאשר כי זכותו של העובד ליתרת הכספים בפוליסת הביטוח לרבות מרכיב הפיצויים כאמור לעיל הינה הוראה בלתי חוזרת למבטוח לפעול בהתאם לקבוע לעיל בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי והיא איננה ניתנת לכיטול או לשינוי, זכאותו של העובד כאמור לעיל לא תחול אם התקיימו התנאים המצדיקים פיטורים בלא פיצויים בהתאם לסעיפים 16 או 17 לחוק פיצויי פיטורין התשל"ג - 1963. לידיעת המעביד, 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.</p> | <p><input type="checkbox"/> כן<br/><input type="checkbox"/> לא</p>        | <p>1.3 זכאות בלא תנאי</p>                                 |
| <p>הסכם קיבוצי או הסכם אחר שניתן להחזיר את מרכיב הפיצויים למעביד.</p>  | <p><input type="checkbox"/> קיים<br/><input type="checkbox"/> לא קיים</p> | <p>1.4 קיומו של הסכם בדבר החזרת מרכיב הפיצויים למעביד</p> |

## ז. הערות נוספות

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

חתימת המעסיק

חתימת המבטוח

תאריך