



The Premier Association of
Financial Professionals®

תאריך: _____

ריכוז נתונים לפגישה

שלום רב,
כהקדמה לפגישתנו, יש למלא טופס זה ולצרף חומר רלוונטי לביטוחים הקיימים ברשותך.
תודה רבה על שיתוף הפעולה.

שם ומשפחה	מבוטח	בן/בת הזוג
תאריך לידה		
תעודת זהות		
נייד		
דואר אלקטרוני		
כתובת מלאה		
עיסוק		
תחביבים מסוכנים		
מעשן כ/ל?		
גובה		
משקל		
בעלת/ת דירה כ/ל?		
קופת חולים		
בעל רכב כ/ל?		

מוטבים:

שם	ז/נ	ת.ז	תאריך לידה

פרטי שכר: הכנסה חודשית: _____ תאריך התחלת ביטוח: _____
שכיר: שם המעסיק: _____ כתובת: _____
טלפון _____ איש קשר: _____

פירוט תוכניות קיימות פעילות:

חברת ביטוח	מתאריך
ביטוח בריאות	
ביטוח בריאות לילדים	
ביטוח רכב	
ביטוח דירה	
ביטוח משכנתא	
תיקים מנוהלים	

פירוט תוכניות חסכון פרטיות

סכום	גוף מנהל

הרני להביע את הסכמתי להוצאת מידע אודות הנכסים הפנסיונים שברשותי באמצעות המסלוקה הפנסיונית .

חתימה: _____

בבקשה להחזיר לפקס: 077-2025545 או למייל Office@br-ins.co.il



The Premier Association of
Financial Professionals®

לכל מאן דבעי,

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): ברזילי רוזמן סוכנות לביטוח (2015) בע"מ רישיון מס': 515328680

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

סמן את האפשרות המתאימה.

טלפון 077-2025544 מייל service@br-ins.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 יצינו 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 שהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני שהגדרתו 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.



MDRT

The Premier Association of
Financial Professionals®



ברזילי & רוזמן

M.D.R.T - בכירי סוכני ביטוח חיים | קבוצת U-NET

הצהרת זיהוי לקוח לצורך קבלת נתונים מהמסלקה

אני מצהיר בזאת כי זהיתי את _____, ת.ז. _____
באמצעות תעודת זהות + ספח עדכנית.

_____	תאריך
_____	שעה
_____	מקום
_____	שם החותם
_____	תפקיד
_____	חתימה

יש לצרף צילום ברור של תעודת זהות + ספח

