

הנדון: תיק פנסיוני ע"ש  
(להלן בהתאמה: "התיק הפנסיוני" ו-"העובד")

בהתאם להוראות שקיבלתי מהעובד, אני החתום מטה, המעסיק של העובד, מבקש ממבטח סימון לפעול לפי ההנחיות להלן:

1. העובד שבנדון בחר לקבל את שירותי השיווק הפנסיוני ישירות מהגוף המוסדי הנבחר ו/או באמצעות סוכן/יועץ פנסיוני אחר.
2. לאור האמור לעיל, תשמש מבטח סימון כגורם מתפעל בלבד ביחס לעובד זה ולא תעניק לו שירותי שיווק פנסיוני.
3. בכל מקרה שבו יודיע לי העובד על שינוי כלשהו בתוכניות הכלולות בתיק הפנסיוני שעל שמו, הנני מתחייב לעדכן את מבטח סימון מידית על מנת שהסוכנות תוכל לעדכן בהתאם את מערכות הגביה.
4. ידוע לי כי הנתונים המפורטים מטה הינם נתוני חובה ובלעדיהם מבטח סימון לא תוכל לשמש כגורם מתפעל ובין היתר להעביר כספים ליצרנים הפנסיונים ולקבל היזומים חוזרים.
5. החל מתאריך \_\_\_\_\_ אבקש כי תעבירו את ההפקדות בגין העובד לתוכניות הפנסיוניות בהתאם לפירוט בטבלה שלהלן:

| סוג התוכנית | שם יצרן | מספר ח.פ. | מ.ה | מס' פוליסה ותאריך תחילתה | שכר | פיצויים | תגמולי מעסיק | אובדן כושר עבודה | תגמולי עובד | הצמדה: מקובע לתקרה/מדד/יחסי/יתרת השכר |
|-------------|---------|-----------|-----|--------------------------|-----|---------|--------------|------------------|-------------|---------------------------------------|
|             |         |           |     |                          |     |         |              |                  |             |                                       |
|             |         |           |     |                          |     |         |              |                  |             |                                       |
|             |         |           |     |                          |     |         |              |                  |             |                                       |
|             |         |           |     |                          |     |         |              |                  |             |                                       |
|             |         |           |     |                          |     |         |              |                  |             |                                       |
|             |         |           |     |                          |     |         |              |                  |             |                                       |

6. קרן השתלמות

| שם היצרן | מספר מ"ה מוביל של הקופה | מספר עמית בקופה | חלק מעסיק | חלק עובד |
|----------|-------------------------|-----------------|-----------|----------|
|          |                         |                 |           |          |

7. פרטי המעסיק והמבוטח

תחילת עבודה \_\_\_\_\_ סעיף 14 כן/לא מתאריך \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_ מצב משפחתי \_\_\_\_\_

מין ז/נ \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

שם החברה \_\_\_\_\_ שם החותם \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_