

TOP KIDS

חשבון חסכון עם ביטחון

כופס 6-230

6500000057

חותרת תאריך קבלה בחברה	תאריך תחילת ביטוח*	שם הסוכן	מספר הסוכן		
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">01</td> <td style="padding: 5px;">20</td> </tr> </table>	01	20		
01	20				

* תאריך תחילת ביטוח יקבע לפי המאוחר מבין תאריך החתימה על ההצעה או תאריך תחילת הביטוח הרשום לעיל. הפוליסה תקבל תוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת ביטוח והכל בהתאם ובכפוף לתנאי הפוליסה.
יש לענות על השאלות באופן ברור ומלא. אין להשתמש בקווים או בסימנים במקום מילים. הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד.
היך עומד לרכוש את הפוליסה חסכון לילד בחברת הביטוח "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" טל' שירות לקוחות 03-71 07777
הפוליסה מיועדת לפרט ואינה מאושרת כקופת גמל.

א. פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה (אם שונה מהמבוטח הראשי)

שם בעל הפוליסה	מספר זהות/דרכון	תאריך לידה	טלפון בבית
כתובת	מיקוד	e-mail:	פקס

הצהרה לעניין תושבות מס לצורך CRS-I FATCA

1. האם אתה אזרח ארה"ב? כן לא

2. האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? כן לא

3. האם הנך תושב לצרכי מס במדינה זרה? כן לא

אם סימנת "כן" בסעיפים 1 ו-2 (באחד מהסעיפים או בשניהם) נא צרף טופס W9 מלא על כל פרטיו, הכולל רישום של מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצרכי מס ארה"ב (US TIN) **טופס W9 ניתן להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS).**

אני מצהיר/ה בזאת כי מסרתי מידע מלא ומהימן.
ידוע לי שיתכן והמידע ידווח לרשויות המס בישראל ו/או בחו"ל.
מחובתך לעדכן את החברה בכל שינוי תוך 30 ימים.
שם _____ תאריך _____ חתימה _____

ב. פרטי המבוטח הראשי

שם מלא (משפחה ופרטי)	מספר זהות/דרכון	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
כתובת: רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד
עיסוק בפועל	טלפון בבית	טלפון נייד	e-mail:

הצהרה לעניין תושבות מס לצורך CRS-I FATCA

1. האם אתה אזרח ארה"ב? כן לא

2. האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? כן לא

3. האם הנך תושב לצרכי מס במדינה זרה? כן לא

אם סימנת "כן" בסעיפים 1 ו-2 (באחד מהסעיפים או בשניהם) נא צרף טופס W9 מלא על כל פרטיו, הכולל רישום של מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצרכי מס ארה"ב (US TIN) **טופס W9 ניתן להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS).**

אני מצהיר/ה בזאת כי מסרתי מידע מלא ומהימן.
ידוע לי שיתכן והמידע ידווח לרשויות המס בישראל ו/או בחו"ל.
מחובתך לעדכן את החברה בכל שינוי תוך 30 ימים.
שם _____ תאריך _____ חתימה _____

רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל, וזאת על בסיס נתונים שיועברו אליהם ע"י חברות הביטוח.
במידה ואינך מעוניין שנועביר הנתונים לרשות שוק ההון, ניתן לפנות לחברתנו בבקשה להסרה מהדיווח בכתובת המייל Har.bit@menora.co.il.
לידיעתך, אי העברת הנתונים לרשות שוק ההון תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
כמו כן, רשות שוק ההון הקימה מאגר נוסף, המאפשר למבוטחים ולמוטבים של מבוטחים שנפטרו, לאתר חסכונות פנסיוניים. במידה והנך מעוניין שבקשת ההסרה תחול גם על הנתונים המועברים למאגר זה אנא ציין זאת בבקשתך.

הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדוח התקופתי (להלן "המסמכים") ישלחו אליך בדואר אלקטרוני או באמצעות מסרון לטלפון הנייד. ככל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל, יש לציין בהמשך את כתובת הדואר למשלוח המסמכים. באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי ההתקשרות עמנו באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות ב- 2000* או באמצעות כניסה למידע האישי שלך באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.menoramivt.co.il. יובהר כי שינוי אופן קבלת המסמכים יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

מס' פוליסה	מס' הזהות/דרכון	שם בעל הפוליסה
------------	-----------------	----------------

לצורך רכישת כיסויים נוספים לילדים יש למלא את הפרטים הבאים:

ג. פרטי ילדים

ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי
שם משפחה ופרטי (שם שונה משל בעל הפוליסה)		
מספר זהות		
מין מין	מין מין	מין מין
גובה		
משקל		

ד. מוטבים

בתום תקופת הביטוח או במקרה פטירת המבוטח לפני תום תקופת הביטוח, יהיה המוטב - הילד.

ה. פרטי הפוליסה

דמי ניהול:

- 0% מהפקדה 1.5% מצבירה
- אחר - מספר חבילה _____

אופן התשלום: חובה לבחור אחת מהאפשרויות הבאות:

- כרטיס אשראי (יש למלא טופס הוראה לחיוב חשבון)
- הוראת קבע חדשה לחיוב חשבון בנק (יש למלא טופס הוראה לחיוב חשבון)
- הוראת קבע לחיוב חשבון בנק, הקיימת בחברתנו. להלן אישור לשימוש בהוראה זו:
הריני מאשר לגבות את דמי הביטוח עבור התכנית/יות המפורטות בטופס זה, באמצעות הוראת קבע הקיימת בחברת "מנורה מבטחים", ע"ש המועמד הראשי/בעל הפוליסה בטופס הצעה זה.

להלן פרטי החשבון:
מספר בנק _____ מספר סניף _____ מספר חשבון _____

תאריך: שם בעל החשבון: חתימת בעל החשבון X

במידה והמשלם אינו המועמד הראשי ו/או בעל הפוליסה הנקוב בטופס הצעה זו, יש למלא טופס הצהרת משלם נפרד.
תדירות התשלום: חודשית

ו. חבילות **

TOP KIDS BASIC	ילד TOP KIDS+	להורה TOP KIDS+	TOP KIDS
סטטוס אישי לילד	סטטוס אישי לילד רצף הכנסה נכות מתאונה לילד כיסוי של 200,000 ש"ח	סטטוס אישי לילד רצף הכנסה נכות מתאונה להורה כיסוי של 100,000 ש"ח	סטטוס אישי לילד רצף הכנסה
גיל תום: סך הפקדה חודשית ראשונה לחבילה*: _____	גיל תום: סך הפקדה חודשית ראשונה לחבילה*: _____	גיל תום: סך הפקדה חודשית ראשונה לחבילה*: _____	גיל תום: סך הפקדה חודשית ראשונה לחבילה*: _____
<input type="radio"/> ילד ראשון <input type="radio"/> ילד שני <input type="radio"/> ילד שלישי	<input type="radio"/> ילד ראשון <input type="radio"/> ילד שני <input type="radio"/> ילד שלישי	<input type="radio"/> ילד ראשון <input type="radio"/> ילד שני <input type="radio"/> ילד שלישי	<input type="radio"/> ילד ראשון <input type="radio"/> ילד שני <input type="radio"/> ילד שלישי

* סך הפקדה חודשית מינימלית לחבילה 150 ש"ח. ** גיל תום בחבילות הינו 10-12 (עבור בת/בר מצווה), 21 או 24 (עבור לימודים, חתונה או דירה)

ז. שאלון לעניין הכרת הלקוח (למילוי על ידי בעל הפוליסה בלבד)

היקף פעילות צפוי בפוליסה	מטרת הפוליסה	מקור הכספים שעתידיים להיות מופקדים בפוליסה
הפקדות חד פעמיות צפויות: <input type="radio"/> אף פעם לא <input type="radio"/> לעתים מזדמנות <input type="radio"/> לעתים רחוקות <input type="radio"/> הפקדות מחו"ל משכונות צפויות: <input type="radio"/> לעתים מזדמנות <input type="radio"/> לעתים רחוקות <input type="radio"/> אנונה <input type="radio"/> גמלא	<input type="radio"/> חיסכון לילד/לנכד <input type="radio"/> חיסכון לדירה <input type="radio"/> חיסכון לפרישה/גמלא/קצבה <input type="radio"/> עובד זר <input type="radio"/> מענק לבכיר <input type="radio"/> השקעה לטווח ארוך <input type="radio"/> השקעה לטווח קצר / בינוני <input type="radio"/> אחר. פרט: _____	<input type="radio"/> חסכונות/השקעות <input type="radio"/> ירושה <input type="radio"/> כספי ביטוח/קצבה <input type="radio"/> מלגות/מענקים/מתנות <input type="radio"/> תרומות <input type="radio"/> משכנתא / נדל"ן / מכירת דירה <input type="radio"/> משכורת/הכנסה מעסק/חבר קיבוץ <input type="radio"/> אחר. פרט: _____
אני מצהיר בזאת שמסרתי מידע מלא ומהימן. אעדכן את החברה בכל שינוי תוך 30 יום. שם _____ תאריך _____ חתימה X		

ח. מסלולי השקעה

ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי
%	%	%
מנורה ביטוח כללי		
מנורה ביטוח מניות		
מנורה ביטוח מניות בחו"ל		
מנורה ביטוח מט"ח		
מנורה ביטוח שקלי		
מנורה ביטוח אג"ח צמוד מדד		
מנורה ביטוח שקלי טווח קצר		
מנורה ביטוח אג"ח ממשלת ישראל		
מנורה ביטוח אג"ח ממשלת ישראל צמוד מדד		
מנורה ביטוח הלכה		
100%	100%	100%

10/2018 אפי"

ט. כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" (להלן: "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי ובאופן שידרש על ידי המבקש (להלן: "המידע") והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר. השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.

פרטי המטופל: (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחותם הינו האפוטרופוס החוקי).

שם מטופח ראשי: _____ ת.ז.: _____ כתובת: _____ תאריך: _____ חתימה: X

שם מטופח משני: _____ ת.ז.: _____ כתובת: _____ תאריך: _____ חתימה: X

פרטי העד לחתימה: (עו"ד, רופא, סוכן ביטוח)

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____

מס' רישיון _____ חתימת עד _____

לתשומת ליבך, עליך לענות באופן מלא, מפורט ומדוייק. אי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים בע"מ מתשלום. הפקדה הגבוהה מ-500 ש"ח לילד מחייבת מילוי של הצהרת בריאות מלאה.

י. שאלון בריאות למטופח

מבטח ראשי

שם משפחה	שם משפחה	מספר זהות	זכר / נקבה	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
האם אתה עוסק בפעילות ספורטיבית ו/או אתגרית? (לרשימת פעילות אתגרית ניתן לפנות לאתר מנורה) <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא						
האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? אם כן, פרט ומלא שאלון טיס <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא						

שאלות כלליות על מצב רפואי

בכל שאלה יש לסמן "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט

מס'	מבטח ראשי	מבטח ראשי	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	שאלון
1.	האם הינך מעשן? <input type="radio"/> כן - <input type="radio"/> סיגריות <input type="radio"/> אחר _____ כמות ביום _____ <input type="radio"/> לא - במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	לתשומת ליבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, באפשרותך לעדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתיבחן האפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים				
2.	נכות אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פגיעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצא/ת בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצא/ת ב-אי כושר עבודה כעת?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון נכות שאלון פגיעות
3.	אשפוזים: האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית? (למעט אשפוז למטרת לידה)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	
4.	תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	פרט/י את שם התרופה, והסיבה לנטילתה

מס'	האם אובחנת במהלך חיך במחלות / הפרעות / או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:	מבטח ראשי	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	שאלון
1.	לב, כלי דם ויתר לחץ דם	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון לב, כלי דם ויתר לחץ דם
2.	סוכרת (כולל סוכרת ריזון)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון סוכרת
3.	גידולים כולל שפירים, פוליפים, סרטן ומחלות ממאירות	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	יש לצרף דוחות ופתולוגיה
4.	מחלת איידס/נשא HIV	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	יש לצרף דוחות רפואיים

הערות:

חתימת מועמד ראשי X

תאריך: _____

יא. הצהרה על פי צו איסור הלבנת הון

הצהרת בעל הפוליסה

- אני החתום מטה מספר זהות _____ מצהיר בזאת כי אני פועל בעבור עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת בעל הפוליסה והמבוטח, 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/בחשבון הם:

שם	מס' זהות	תאריך לידה	מען

האם הנהנה איש ציבור? לא כן, בארץ כן בחו"ל. פרט: _____

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.

חתימה _____

תאריך _____

יב. הצהרת סוכן

1. אני מצהיר בזאת כי שאלתי את המועמד/ת לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידי המועמד/ת לביטוח.
2. אני מצהיר בזאת כי ביצעתי הליך התאמה לרבות באמצעות בדיקה באתר הר הביטוח וכי מסרתי למועמד/ת לביטוח מידע מהותי לגבי הביטוח בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח (7 - 1 - 2016) או כל חוזר שיבוא במקומו וכי הצעתי למועמד/ת לביטוח תוכנית ביטוח התואמת את צרכיו/צרכיה.
3. במידה שקיימות תכניות ביטוח רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה הכולל, בין היתר, השוואה בין ההצעות הקיימות למועמד/ת לביטוח, ככל שישנן, בתכנית הביטוח המוצעת לאלו בתכנית הביטוח המקורית, ועותק מתוצאות ההתאמה נמסר למועמד/ת לביטוח.
4. אני מאשר כי ככל שקיימת פוליסת פיצוי רלוונטית נוספת, הנחתי את המועמד/ת לביטוח למלא את הצהרת הכפל - הצהרה ט' בהצהרות המועמדים לביטוח, וכן כי התשובות שניתנו על ידי המועמד/ת לביטוח להצהרת הכפל - הצהרה ט', אומתו על ידי באמצעות הליך התאמה שכלל בדיקה באתר הר הביטוח.
5. **ביטול פוליסה קיימת (חובה למלא כאשר קיימת פוליסה נוספת שנדרש לבטלה)**
 ככל שנמצא בהליך ההתאמה כי קיימת פוליסה נוספת שהמועמד/ת לביטוח מבקש/ת לבטלה, האם המועמד/ת לביטוח מעוניין/ת שבקשת הביטול תשלח באמצעות הסוכן?
 לא
 כן, הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול לחברת הביטוח בה מתנהלת הפוליסה/ תכנית הביטוח הקיימת.

תאריך: _____ שם סוכן _____ מספר סוכן _____ חתימת סוכן _____

יג. הצהרת המועמדים לביטוח חיים

- אני החתום מטה, מבקש בזה ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ ("להלן "מנורה מבטחים ביטוח") להצטרף לתכנית הביטוח לפי הרשום בטופס זה ובהצהרת הבריאות המצורפת (להלן "הצהרה"). אני מצהיר בזאת כי:
- א. כל התשובות המפורטות בהצהרה הן נכונות ומלאות, ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום סכום הביטוח בהתאם לחוק.
 - ב. כל התשובות המפורטות בהצהרה וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בכתב וכן התנאים המקובלים במנורה מבטחים ביטוח לעניין זה יישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
 - ג. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתה הבלעדי של מנורה מבטחים ביטוח והיא רשאית לדחות את ההצעה.
 - ד. ידוע לי שחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שההפקדה הראשונה שולמה במלואה או החברה קיבלה אמצעי תשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה ובתנאי שהמבוטח בחיים. תנאי זה הינו תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף, והכל בהתאם לתנאי הפוליסה.
 - ה. אני מצהיר בזה כי המידע שנמסר מעת לעת על ידי ו/או אודותי, ניתן ונאסף מרצוני ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מצדדים ושירותים הקשורים אליה.
- אני מסכים כי המידע יימסר לצורך עיון, שיפור השירותים, עיבוד, טיוב ודירוגים פנימיים לכל אדם או גוף שמנורה מבטחים ביטוח תמצא לנכון לצורך מימוש מטרות אלו, וזאת בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981.

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי לביטוח _____ חתימת מועמד משני לביטוח _____

קבלת מידע מהותי והתאמת הביטוח לצורכי המועמד

1. אני מצהיר כי נמסר לי מידע מהותי לגבי הכיסוי הביטוחי, לרבות מידע הכולל את עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים, תקופת אכשרה/המתנה/החרגות, ככל שישנן.
2. אני מאשר כי בעל הרשיון בירר את צורכי וביצע עבורי הליך התאמה לביטוח, לרבות בחינה של תוכניות ביטוח רלוונטיות נוספות שברשותי ולכל הפחות באמצעות בדיקה באתר הר הביטוח. במידה ונמצא כי ישנן תכניות רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה ונמסר לי עותק מתוצאותיו.
3. **איסור מועמדים לביטוח שביצעו החלפת פוליסות (ביטול/הקטנה של תכנית ביטוח עקב מעבר לתכנית חדשה) - אני מאשר כי הובהר לי שבאפשרותי לבטל מתחילה את תכנית הביטוח החדשה אליה ביקשתי להצטרף בטופס זה וזאת בתוך 60 ימים ממועד כריתת החוזה ובתנאי שלא הגשתי תביעה בשל מקרה ביטוח בתקופה זו, וכי אהיה זכאי להחזר דמי הביטוח שנגבו בשל תקופה זו. בכל מקרה, הובהר לי כי מקרה ביטוח שאירע בין מועד ביטול הפוליסה המקורית לבין המועד שבו הנני מעוניין לחזור לפוליסה זו לא יכוסה.**

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי לביטוח _____ חתימת מועמד משני לביטוח _____

הצהרת מועמד לביטוח בדבר קיומה של פוליסת פיצוי אשר מבטחת מקרה ביטוח דומה: (חובה למלא במידה וקיימת פוליסת פיצוי המבטחת מקרה דומה)

1. הריני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה אחרת, המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, והנני מאשר ומסכים בזאת כי:
 - (1) הצירוף לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי;
 - (2) במעמד חתימתי על טופס הצעה זה הוסבר לי, כי צירוף לביטוח המוצע במסגרת טופס זה הוא עבור פוליסה אחרת נוספת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה לזה המבוטח בפוליסה הקיימת בידי, וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות*
 - הריני מאשר כי בכונתי לבטל פוליסה קיימת, וזאת בשל צירופי לפוליסה שמפורטת במסמך הצעה זה. כמו כן, ידוע לי כי ביטול הפוליסה הקיימת על ידי הינו באחריות, וכי אין בחתימתי על טופס זה בכדי להוות הודעת ביטול ו/או בכדי לאשר כניסתו לתוקף של ביטול הפוליסה הקיימת**
- * אין באמור משום אישור על קיומה של פוליסה בחברתנו. ** יש להעביר בקשת ביטול במקביל להצהרה.

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי לביטוח _____ חתימת מועמד משני לביטוח _____

1. אני מסכימה/ה כי המידע שנמסר על-ידי ו/או אודותי יישמש את חברה קבוצת מנורה מבטחים ("הקבוצה") לצורך ייעול השירות וקבלת הצעות והטבות ממוקדות באמצעות שירותי דיור ישיב ביחס למוצרי הקבוצה בתחומי הביטוח, פנסיה, פיננסים ומתן אשראי, באמצעות כלל פרטי ההתקשרות השמורים אודותי, ולרבות באמצעות דוא"ל ומסרונים. ידוע לי כי אני רשאית/ת, בכל עת, להודיע לחברה בכתב על כך שאיני מעוניינת/ת בקבלת הצעות שיווקיות כאמור.*
- *חתימה על סעיף זה איננה מהווה תנאי להתקשרותך עם החברה.

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי לביטוח _____ חתימת מועמד משני לביטוח _____

טופס גילוי נאות

פרטי בעל הרישיון	
שם בעל הרישיון	מספר ח.פ./זיהוי

א. פרטי המבוטח וכללי

מספר זיהוי	שם משפחה	שם פרטי	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי
הנך עומד לרכוש את הפוליסה _____ בחברת הביטוח "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ", טלפון: *2066, 03-7107777.				

כאשר יפוג תוקף הפוליסה תוכל למשוך את הכספים שנצברו לזכותך בדרך של סכום חד פעמי.

ב. ריכוז סך כל הכיסויים בפוליסה בכל התוכניות הכלולות למבוטח בש"ח

סכום			תאור
ילד שלישי	ילד שני	ילד ראשון	
ש"ח _____ לגיל ____ (של ההורה)	ש"ח _____ לגיל ____ (של ההורה)	ש"ח _____ לגיל ____ (של ההורה)	סכום חד פעמי בריבית ברוטו של % _____ ובניכוי דמי ניהול מהחסכון המצטבר בשיעור % _____
			סכום ביטוח לרצף הכנסה לפי ההפקדה החודשית הראשונה שחרור במקרה אובדן כושר עבודה לפי ההפקדה החודשית הראשונה הגדרת אובדן כושר עבודה: שחרור לילד - רגיל, הפקדה קבועה, ללא פיצוי חד פעמי במקרה של נכות מוחלטת, ללא קיזוז, 90 ימי המתנה כיסויים נוספים (עבור כל כיסוי) לפי ההפקדה החודשית הראשונה:

ג. חלוקת ההפקדה הכוללת בש"ח בין המרכיבים השונים

הון	הון		סך דמי ניהול מהפקדה (*)
	ילד ראשון	ילד שני	
			סה"כ הפקדה
			חיסכון
			מקרה מוות
			שחרור במקרה אובדן כושר עבודה
			כיסויים נוספים (עבור כל כיסוי)

לידיעתך,
 מדובר בהמחשה בלבד ולכן רווחי ההשקעה והתמורה אינם מובטחים וקיימת אפשרות לתשואה שלילית. ייתכן כי התוצאות בפועל תהיינה טובות או גרועות יותר מהמוצג בהמחשה.
 סכומי החסכון והקצבה החודשית מחושבים בהנחה שהפוליסה לא תבוטל עד תום תקופת הביטוח וההפקדות תשולמנה כסדרן.

(*) לא כולל דמי ניהול מהחיסכון המצטבר.

ד. אחוז דמי ניהול מהפקדה, אחוז דמי ניהול מהחסכון המצטבר

	משנה ה-1 עד השנה ה-23
אחוז דמי ניהול מהחסכון המצטבר (עבור כל שנת ביטוח):	
	משנה ה-1 עד השנה ה-23

קנסות משיכה

חשוב! לא יגבו כל קנסות משיכה גם אם החלטת למשוך את החיסכון המצטבר בפוליסה זכותך, תוך שישים ימים מקבלת פוליסת חיים חדשה, בתנאי שלא קרה מקרה הביטוח, לבטלה והינך זכאי להחזר של כל ההפקדות ששילמת בניכוי הסיכון הביטוחי, דמי ניהול מהפקדה, ודמי הניהול בעד מרכיב החיסכון, כשהם צמודים לתוצאות ההשקעות בפוליסה.

תאריך	שם בעל הרישיון	טלפון	חתימת בעל הרישיון

שם המבוטח	מס' זיהוי	חתימת המבוטח

תאריך: _____

טופס הכר את הלקוח לעניין צו איסור הלבנת הון - יחיד

1.	שם פרטי	שם משפחה
2.	מספר מזהה _____ סוג זיהוי <input type="radio"/> תעודת זהות <input type="radio"/> דרכון	
3.	בזיהוי על ידי דרכון, ציין ארץ הוצאת הדרכון _____ וציין מהי זיקתך לישראל: <input type="radio"/> מגורים <input type="radio"/> עסקים <input type="radio"/> עבודה בישראל <input type="radio"/> משפחה בארץ <input type="radio"/> אחר, פרט _____ <input type="radio"/> אין זיקה לישראל. פרט מדוע מבקש להפיק פוליסה בארץ?	
4.	כתובת מגורים: רחוב	מס' בית
	עיר	מיקוד
	ארץ	
5.	<p>האם יש לך אזרחות, מקור הכנסה או עסקים או מגורים באחת מהמדינות הבאות בלבד: <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן - הקף בעיגול את המדינה. איראן, אלג'יריה, אנגולה, אפגניסטאן, אקוודור, אתיופיה, האמירויות, הרשות הפלסטינית, טורקמניסטן, ירדן, לבנון, לוב, מלזיה, מצרים, מרוקו, סאו טומה ופרינסיפה, סודן, סומליה, סוריה, סעודיה, עיראק, פקיסטן, קוריאה הצפונית, תוניס, תימן. אנדורה, אנגוילה, ארובה, איי בהאמה, בליז, ברמודה, איי הבתולה, איי קיימן, איי קוק, קפריסין, גיברלטר, גורנזי, איי מאן, ג'רסי, ליכטנשטיין, מקאו, מלזיה, מונקו, מונטסראט, האנטילים ההולנדיים, פלאו, פנמה, סמואה, איי סיישל, איי טורקס וקאיקוס, ונואטו</p>	
6.	<p>בעל עסק: <input type="radio"/> איני בעל עסק <input type="radio"/></p> <p>יש בבעלותי עסק, ענף הפעילות של העסק (נא מלא סעיפים א, ב):</p> <p>א. <input type="radio"/> חלפנות כספים / שירותי מטבע <input type="radio"/> הימורים <input type="radio"/> ארגון ללא מטרת רווח <input type="radio"/> בית השקעות <input type="radio"/> קרן הון סיכון <input type="radio"/> הלוואות פרטיות <input type="radio"/> סחר בנשק <input type="radio"/> יועץ נדל"ן <input type="radio"/> מסחר וכריית מטבעות דיגיטליים. <input type="radio"/> גיוס תרומות* <input type="radio"/> סחר ביהלומים/זהב* (*מלא שאלון מורחב) <input type="radio"/> אחר ציין את ענף הפעילות של העסק: _____</p> <p>ב. מחזור העסקים השנתי (בש"ח): _____</p>	
7.	<p>האם קיים קשר לבעל תפקיד ציבורי: איש ציבור בהווה או ב-5 שנים אחרונות <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בארץ <input type="radio"/> כן, בחו"ל, נא ציין שם המדינה _____</p> <p>קרבה: <input type="radio"/> היחיד בעצמו <input type="radio"/> בן משפחה <input type="radio"/> שותף עסקי שם איש ציבור _____</p> <p>ציין את התפקיד הציבורי: <input type="radio"/> ראש ממשלה/נשיא <input type="radio"/> שופט <input type="radio"/> חבר פרלמנט <input type="radio"/> קצין צבא/משטרה בכיר <input type="radio"/> ראש עיר <input type="radio"/> בכיר בארגון בינ"ל <input type="radio"/> אחר, פרט: _____</p>	
8.	האם סורבת בקבלת שירות מגוף פיננסי אחר בשל איסור הלבנת הון? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	
9.	סמן את רמת הכנסתך: <input type="radio"/> 0-15,000 ₪ <input type="radio"/> 15,000-30,000 ₪ <input type="radio"/> 30,000 ₪ ומעלה	
<p>אני מצהיר בזאת שמסרתי מידע מלא ומהימן בכל מקרה של שינוי בפרטים שניתנו בטופס זה, אני מתחייב/ת להגיש טופס חדש.</p>		
שם פרטי ומשפחה		שם וחתימה:
_____		_____ X _____
		חתימה

10. למילוי על ידי בעל הפוליסה, אם לא מולא בטופס ההצעה.				
שם הפוליסה	מספר הפוליסה	מקור הכספים שעתידים להיות מופקדים בפוליסה	מטרת הפוליסה	היקף פעילות צפוי בפוליסה
<input type="radio"/> סטטוס <input type="radio"/> טופ פייננס <input type="radio"/> טופ גולד <input type="radio"/> טופ קידס		<input type="radio"/> חסכונות / השקעות <input type="radio"/> ירושה <input type="radio"/> משכנתא/ נדל"ן / מכירת דירה <input type="radio"/> משכורת / הכנסה מעסק / חבר קיבוץ <input type="radio"/> כספי ביטוח/קצבה <input type="radio"/> תרומות <input type="radio"/> מלגות/מענקים/מתנות <input type="radio"/> אחר. פרט: _____	<input type="radio"/> חסכון לילד / לנכד <input type="radio"/> חסכון לדירה <input type="radio"/> חסכון לפרישה / גמלא / קצבה <input type="radio"/> עובד זר <input type="radio"/> מענק לבכיר <input type="radio"/> השקעה לטווח קצר/בינוני <input type="radio"/> השקעה לטווח ארוך <input type="radio"/> אחר. פרט: _____	הפקדות חד פעמיות צפויות: <input type="radio"/> אף פעם לא <input type="radio"/> לעתים מזדמנות <input type="radio"/> לעתים רחוקות <input type="radio"/> הפקדות מחו"ל משיכות צפויות: <input type="radio"/> לעתים מזדמנות <input type="radio"/> לעתים רחוקות <input type="radio"/> גמלא <input type="radio"/> אנונה
<input type="radio"/> סטטוס <input type="radio"/> טופ פייננס <input type="radio"/> טופ גולד <input type="radio"/> טופ קידס		<input type="radio"/> חסכונות / השקעות <input type="radio"/> ירושה <input type="radio"/> משכנתא/ נדל"ן / מכירת דירה <input type="radio"/> משכורת / הכנסה מעסק / חבר קיבוץ <input type="radio"/> כספי ביטוח/קצבה <input type="radio"/> תרומות <input type="radio"/> מלגות/מענקים/מתנות <input type="radio"/> אחר. פרט: _____	<input type="radio"/> חסכון לילד / לנכד <input type="radio"/> חסכון לדירה <input type="radio"/> חסכון לפרישה / גמלא / קצבה <input type="radio"/> עובד זר <input type="radio"/> מענק לבכיר <input type="radio"/> השקעה לטווח קצר/בינוני <input type="radio"/> השקעה לטווח ארוך <input type="radio"/> אחר. פרט: _____	הפקדות חד פעמיות צפויות: <input type="radio"/> אף פעם לא <input type="radio"/> לעתים מזדמנות <input type="radio"/> לעתים רחוקות <input type="radio"/> הפקדות מחו"ל משיכות צפויות: <input type="radio"/> לעתים מזדמנות <input type="radio"/> לעתים רחוקות <input type="radio"/> גמלא <input type="radio"/> אנונה
<input type="radio"/> סטטוס <input type="radio"/> טופ פייננס <input type="radio"/> טופ גולד <input type="radio"/> טופ קידס		<input type="radio"/> חסכונות / השקעות <input type="radio"/> ירושה <input type="radio"/> משכנתא/ נדל"ן / מכירת דירה <input type="radio"/> משכורת / הכנסה מעסק / חבר קיבוץ <input type="radio"/> כספי ביטוח/קצבה <input type="radio"/> תרומות <input type="radio"/> מלגות/מענקים/מתנות <input type="radio"/> אחר. פרט: _____	<input type="radio"/> חסכון לילד / לנכד <input type="radio"/> חסכון לדירה <input type="radio"/> חסכון לפרישה / גמלא / קצבה <input type="radio"/> עובד זר <input type="radio"/> מענק לבכיר <input type="radio"/> השקעה לטווח קצר/בינוני <input type="radio"/> השקעה לטווח ארוך <input type="radio"/> אחר. פרט: _____	הפקדות חד פעמיות צפויות: <input type="radio"/> אף פעם לא <input type="radio"/> לעתים מזדמנות <input type="radio"/> לעתים רחוקות <input type="radio"/> הפקדות מחו"ל משיכות צפויות: <input type="radio"/> לעתים מזדמנות <input type="radio"/> לעתים רחוקות <input type="radio"/> גמלא <input type="radio"/> אנונה
אני מצהיר בזאת שמסרתי מידע מלא ומהימן בכל מקרה של שינוי בפרטים שניתנו בטופס זה, אני מתחייב/ת להגיש טופס חדש.				
שם וחתימה:			_____ שם פרטי ומשפחה	_____ X חתימה