



קוד מחולל	מספר פוליסה
-----------	-------------

הצעה לביטוח חיים סטטוס אישי

סופס 8-210

חותמת תאריך קבלה בחברה	תאריך תחילת ביטוח*	שם הסוכן	מספר הסוכן
	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. הסופס מיועד לנשים ולגברים כאחד. הינך עומד לרכוש את הפוליסה חסכון אישי 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	מקום נתינת תעודה מזהה	תאריך לידה	טלפון נייד
משלם חריג	תאגיד <input type="radio"/> ישראלי חוץ <input type="radio"/>	תאריך התאגדות	מצ"ב תצלום <input type="radio"/> תעודה מזהה <input type="radio"/>	e-mail:
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' טלפון

הצהרה לעניין תושבות מס לצורך FATCA-CRS

1. האם אתה אזרח ארה"ב? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	2. האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	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 לצורכי מס ארה"ב (US TIN) טופס W9 ניתן להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS).			
3. האם הנך תושב לצורכי מס במדינה זרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> נא למלא שאלון להלן: יש למלא באנגלית את הפרטים הבאים					
מדינות תושבות	שם פרטי FIRST NAME	שם משפחה LAST NAME	רחוב ומס' בית ADDRESS - STREET NO	יישוב CITY/TOWN	מספר TIN
<p>במקרה בו בעל הפוליסה הינו תאגיד או חבר בני אדם</p> <p>1. האם הנך תאגיד אמריקאי או תאגיד שהתאגד בארה"ב? <input type="radio"/> כן (העבר: טופס W9) <input type="radio"/> לא (העבר: טופס W8BENE)</p> <p>טפסי W8, W9, ניתנים להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS).</p> <p>2. יש למלא שאלון CRS לתאגיד (חובה לכל תאגיד, השאלון זמין בפורטל החברה ובאתר האינטרנט).</p>					
<p>אני מצהיר/ה בזאת כי מסרתי מידע מלא ומהימן.</p> <p>ידוע לי שיתכן והמידע ידווח לרשויות המס בישראל ו/או בחו"ל.</p> <p>מחובתך לעדכן את החברה בכל שינוי תוך 30 ימים. שם _____ תאריך _____ חתימה _____</p>					

ב. פרטי מבוטח ראשי

שם מלא (משפחה ופרטי)	מספר זהות	תאריך לידה	מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש	אלמן ילדים <input type="radio"/>
כתובת: רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	e-mail:	
מקצוע	עיסוק בפועל	טלפון בבית	טלפון נייד		

הצהרה לעניין תושבות מס לצורך FATCA-CRS

1. האם אתה אזרח ארה"ב? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	2. האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	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 לצורכי מס ארה"ב (US TIN) טופס W9 ניתן להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS).			
3. האם הנך תושב לצורכי מס במדינה זרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> נא למלא שאלון להלן: יש למלא באנגלית את הפרטים הבאים					
מדינות תושבות	שם פרטי FIRST NAME	שם משפחה LAST NAME	רחוב ומס' בית ADDRESS - STREET NO	יישוב CITY/TOWN	מספר TIN
<p>אני מצהיר/ה בזאת כי מסרתי מידע מלא ומהימן.</p> <p>ידוע לי שיתכן והמידע ידווח לרשויות המס בישראל ו/או בחו"ל.</p> <p>מחובתך לעדכן את החברה בכל שינוי תוך 30 ימים. שם _____ תאריך _____ חתימה _____</p>					

ג. פרטי מבוטח שני

שם מלא (משפחה ופרטי)	מספר זהות	תאריך לידה	מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש	אלמן ילדים <input type="radio"/>
כתובת: רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	e-mail:	
מקצוע	עיסוק בפועל	טלפון בבית	טלפון נייד		

ד. פרטי הפוליסה

תום תקופת הביטוח לגיל _____

 הצמדת הפרשות: למדד

פרמיה _____ בש"ח

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

ה. טופ לעתיד - שחרור
 טופ לעתיד שחרור - בפרמיה משתנה*, **

הרחבות לשחרור

- הגדרת עיסוק ספציפי (עבור עיסוקים המוגדרים כצווארון לבן)
- קיצור תקופת המתנה לחודש ימים.
- תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת ההמתנה (פרנצ'יזה).
- (ככל שנרכשה תקופת המתנה של חודש אחד, הרחבה זו לא תרכש אף אם סומנה).

* לפי גיל תום תקופת הביטוח של תכנית הביטוח היסודית, ולא יותר מגיל 67. ** עבור כיוסיים ביטוחיים, למעט מטריה טופ.

ו. דמי ניהול
 6% מהפקדה 1.5% מצבירה

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

מקור הכספים שעתידיים להיות מופקדים בפוליסה	מטרת הפוליסה	היקף פעילות צפוי בפוליסה
<input type="checkbox"/> חסכוניות/השקעות ירושה <input type="checkbox"/> כספי ביטוח/קצבה מלגות/מענקים/מתנות תרומות <input type="checkbox"/> משכנתא / נדל"ן / מכירת דירה <input type="checkbox"/> משכורת/הכנסה מעסק/חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> אחר. פרט: _____	<input type="radio"/> חיסכון לילד/לנכד <input type="radio"/> חיסכון לפרישה/גמלא/קצבה עובד זר <input type="radio"/> מענק לבכיר <input type="radio"/> השקעה לטווח קצר / בינוני <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. אעדכן את החברה בכל שינוי תוך 30 יום.

שם _____ תאריך _____ חתימה X

במקרה בו בעל הפוליסה הינו תאגיד או חבר בני אדם.

מקור הכספים שעתידיים להיות מופקדים בפוליסה	מטרת הפוליסה	היקף פעילות צפוי בפוליסה
<input type="checkbox"/> חסכוניות / השקעות משכורת <input type="checkbox"/> תרומות מלגות/מענקים <input type="checkbox"/> אחר. פרט: _____	<input type="radio"/> עובד זר <input type="radio"/> מענק לבכיר <input type="radio"/> השקעה לטווח קצר <input type="radio"/> השקעה לטווח ארוך <input type="radio"/> גמ"ח / צדקה <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

אני מצהיר בזאת שמסרתי מידע מלא ומהימן. אעדכן את החברה בכל שינוי תוך 30 יום.

שם (מורשה חתימה) _____ תאריך _____ חתימה וחותמת התאגיד X

ח. מינוי מוטבים לביטוח חיים במות המבוטח לפני תום תקופת הביטוח

שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	קרבה	מין	% חלוקה
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	
					100%

שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	קרבה	מין	% חלוקה
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	
				<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	
					100%

* במידה ולא נמסרו נתונים אחרים, המוטבים למקרה מוות יהיו היורשים החוקיים. ** במידה ולא נמסרו % חלוקה, יחולקו האחוזים באופן שווה בין המוטבים.

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

ט. מסלולי השקעה			
מנורה ביטוח כללי	%	מנורה ביטוח אג"ח	%
מנורה ביטוח מניות	%	מנורה ביטוח שקלי טווח קצר	%
מנורה ביטוח מניות בחו"ל	%	מנורה ביטוח אג"ח ממשלת ישראל	%
מנורה ביטוח מט"ח	%	מנורה ביטוח הלכה	%
מנורה ביטוח 20/80	%	סה"כ	100%

* ניתן לקבל מידע מסלולים ודברי הסבר באתר האינטרנט של "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" www.menoramivt.co.il

יא. כיסויים ביטוחיים			יג. גילוי נאות	
מבטוח שני	מבטוח ראשי	החסכון המצטבר לא מובא בחשבון	החסכון המצטבר מובא בחשבון	<p>סה"כ הפקדה שוטפת בתוכנית הונית _____ ש"ח</p> <p>דמי ניהול מהפקדה _____ דמי ניהול מצבירה _____ %</p> <p>סכום חד פעמי צפוי _____ לגיל _____ בריבית ברוטו של 4% ובניכוי דמי ניהול שנתיים מהחסכון המצטבר של _____ %</p> <p>סכום ביטוח למקרה מוות לפי הפקדה חודשית ראשונה _____ בפרמיה _____ ש"ח</p> <p>סכום ביטוח לכיסוי _____ לפי הפקדה חודשית ראשונה _____ בפרמיה _____ ש"ח</p> <p>סכום ביטוח לכיסוי _____ לפי הפקדה חודשית ראשונה _____ בפרמיה _____ ש"ח</p> <p>* לידעתך, בכל סוגי המסלולים מדובר בהמחשה בלבד ולכן רווחי ההשקעה והתמורה אינם מובטחים וקיימת אפשרות לתשואה שלילית. יתכן והתוצאות בפועל יהיו טובות או גרועות יותר מהמוצג בהמחשה.</p> <p>* בהגיע המבוטח לגיל _____ יפוג תוקף הפוליסה וימשוך את הכספים שנצברו לזכותו בדרך של סכום חד פעמי.</p> <p>* במקרה בו בעל הפוליסה יהיו תאגיד או חבר בני אדם, בהגיע המבוטח לגיל 67 יפוג תוקף הפוליסה וימשוך את הכספים שנצברו לזכותו בדרך של סכום חד פעמי.</p> <p>* לבעל הפוליסה, זכותך, תוך 60 ימים מקבלת תכנית חסכון חדשה לבטלה והגך זכאי להחזר של כל הפקדות ששילמת בניכוי דמי ניהול מהחסכון המצטבר ובצמוד לתשואות בין מסלולי ההשקעה כפי שנקבעו בפוליסה.</p> <p>* יש להציג גילוי נאות לגיל פרשה של המבוטח (במידה ומעל גיל פרשה, אין חובה להציג סכום חד פעמי צפוי לגיל אחר)</p> <p>תאריך _____ חתימת בעל הרישיון _____ חתימת המבוטח _____ חתימת בעל הפוליסה _____</p>
		הסכום בש"ח	הסכום בש"ח	
1	1	בתוכנית "ריסק"	בתוכנית "ריסק"	
1	1	הסכום בש"ח	הסכום בש"ח	
_____	_____	תקופת ביטוח _____ שנים	תקופת ביטוח _____ שנים	
_____	_____	פיצוי חודשי _____ ש"ח	פיצוי חודשי _____ ש"ח	
		מוות מתאונה	הסכום בש"ח	
		נכות מתאונה	הסכום בש"ח	

יב. 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 / ח.פ.	תאריך לידה/התאגדות	מען

בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא במקרה שבו המצהיר הוא תאגיד):

שם	מס' זהות	תאריך לידה

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.

תאריך _____ חתימה _____

רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון 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 שנעביר 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 שנפטר, לאתר חסכוניות פנסיוניים. במידה והגך 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 שהגך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל, יש לציין בהמשך את כתובת הדואר למשלוח המסמכים. במידה והודעת לחברתנו בעבר כי הינך מעוניין לקבל את הדיווחים בדואר ישראל, הדיווחים ישלחו בדואר ישראל כל עוד לא תעביר בקשה מפורשת אחרת באחד מהאמצעים המפורטים מטה. 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.

י.ג. 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:

- 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.
- כל התשובות המפורטות בהצהרה וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בכתב וכן התנאים המקובלים במנורה מבטחים ביטוח לעניין זה ישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני מאשר ומסכים בזה כי קיבלתי או דחייתה של הצעת ז' נתון לשיקול דעתה הבלעדי של מנורה מבטחים ביטוח והיא רשאית לדחות את ההצעה.
- ידוע לי שחווה 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.
- המידע נמסר מראשון ובהסכמתך וישמש להפקת פוליסת/ות הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה/ות או מוצרים ושירותים הקשורים אליה/ן, לשיפור השירותים, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים, עדכון פרטיך בחברות קבוצת מנורה מבטחים ולפניות מותאמות אישית, ולצורך מימוש מטרות אלה יכול שהמידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם לד"ן. לעדכון פרטים ניתן לפנות בכל עת למוקד שירות הלקוחות (2000*). כדי ללמוד עוד על פרטיותך מומלץ לעיין במדיניות הפרטיות שלנו בכתובת: <https://menora.click/privacypolicy>.

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

קבלת מידע מהותי והתאמת הביטוח לצרכי המועמד

- 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.
- 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.
- אישור 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 הנינו מעוניין לחזור לפוליסה זו לא יכוסה.**

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

הצהרת מועמד לביטוח קיומה של פוליסת פיצוי אשר מבטחת מקרה ביטוח דומה:

ט. הריני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה אחרת, המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, והנינו מאשר ומסכים בזאת כי:

- הצירוף לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי;
- במועד חתימתי על טופס הצעה זה הוסבר לי, כי צירופי 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 באחריותי, 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 להצעה.

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

י. **מסכימה** / **לא מסכימה** להעברת המידע אודותי לחברות קבוצת מנורה מבטחים לצרכי מחקר וסטטיסטיקה של חברות הקבוצה ולשם קבלת הצעות והטבות ביחס למוצריהן, לרבות אלו המותאמות לי אישית, באמצעות כל פרטי הקשר שמסרתי. להסרה מרשימת התפוצה למידע שיווקי, הצעות והטבות הנשלחות אלי באמצעות דוא"ל או מסרונים וממשלוח פניות מותאמות אישית ניתן לפנות בכל עת ל <https://ds.menoramivt.co.il/marketing-disapproval/>.

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

י.ד. כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נתן 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 שירדש 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 מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה 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 האפטרופוס החוקי).

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

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

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

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____

מס' רשיון _____ חתימת עד _____

טו. הצהרת סוכן

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- ביטול פוליסה קיימת (חובה למלא כאשר קיימת פוליסה נוספת שנדרש לבטלה)**
 ככל שנמצא בעל הליך התאמה כי קיימת פוליסה נוספת שהמועמד/ת לביטוח מבקש/ת לבטלה, המועמד/ת לביטוח מעוניין/ת שבקשת הביטול תשלח באמצעות החברה: מצורף בזה בקשת ביטול מלאה וחתומה - נספח ג.
 באמצעות הסוכן: הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול לחברת הביטוח בה מתנהלת הפוליסה / תוכנית הביטוח הקיימת.

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

מספר פוליסה

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



הוראה לחיוב חשבון

טופס 4-10

6400000275

חוזמת תאריך קבלה בחברה	תאריך תחילת ביטוח	שם הסוכן	מספר הסוכן
	01 20		
פרטי המועמד לביטוח/ בעל הפוליסה	שם מלא	ת.ז.	מס' טל' נייד
פרטי המשלם	שם מלא	דוא"ל	מס' טל' נייד

פרטי כרטיס אשראי

סוג הכרטיס	<input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראל כרטיס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> ויזה כאל <input type="radio"/> דינרס	בתוקף עד	שם בעל כרטיס אשראי
מספר כרטיס אשראי			כתובת: יישוב רחוב מס' מיקוד

שובר זה נחתם על-ידי בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על-ידי הרשאה למנורה מבטחים ביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך חתימת בעל כרטיס האשראי _____
מנורה מכבדת כרטיסי אשראי מקומיים בלבד (לא כרטיסי אשראי מחו"ל) ואינה מכבדת כרטיסי דירקט וכרטיסים נטענים.

הרשאה לחיוב חשבון בהוראות קבע בבנק - למילוי ע"י הלקוח

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק סניף	מספר חשבון בנק
			לכבוד בנק _____ סניף _____
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה		כתובת _____
614			

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: תקרת סכום החיוב - ש"ח _____ מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום - _____

אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק. על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אני/הח"מ _____ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות/ח"פ _____ מכתובת _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:

- עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
 - ההרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
 - נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזינו יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
 - נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
 - הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
 - ההרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 - אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 - הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

פרטי ההרשאה - סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ, על-פי תנאי הפוליסה/ות ותוספותיה.

תאריך חתימת בעלי החשבון _____

לידיעתכם: ניתן להגיש את הבקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון גם באמצעות אתר האינטרנט של הבנק, ללא צורך בהגעה לסניף.

אישור הבנק

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק סניף	מספר חשבון בנק
			לכבוד: _____
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה		מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
614			ת.ד. 927, תל-אביב 6100802

קבלנו הוראות מ- _____, לכבוד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על-פי המפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על-פיהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצאו/בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

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.	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. איסלנד, איראן, אלג'יריה, אנגולה, אפגניסטאן, אקוודור, אתיופיה, בוצואנה, גאנה, האמירויות, הרשות הפלסטינית, זימבבואה, טורקמניסטן, טרינידד וטובגו, ירדן, לבנון, לוב, מונגוליה, מלזיה, מצרים, מרוקו, סאו טומה ופרינסיפה, סודן, סומליה, סוריה, סעודיה, סרי לנקה, עיראק, פקיסטן, קוריאה הצפונית, קמבודיה, תוניס, תימן. אנדורה, אנגוילה, ארובה, איי בהאמה, בליז, ברמודה, איי הבתולה, איי קיימן, איי קוק, קפריסין, גיברלטר, גורנזי, איי מאן, גרסי, ליכטנשטיין, מקאו, מלזיה, מונקו, מונטסראט, האנטילים ההולנדיים, פלאו, פנמה, סמואה, איי סיישל, איי טורקס וקאיקוס, ונואטו	
6.	בעל עסק: <input type="radio"/> איני בעל עסק <input type="radio"/> יש בבעלותי עסק, ענף הפעילות של העסק (נא מלא סעיפים א, ב): 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, או מתכות <input type="radio"/> בלדרות. <input type="radio"/> גיוס תרומות* <input type="radio"/> סחר ביהלומים/זהב* (*מלא שאלון מורחב) <input type="radio"/> אחר ציין את ענף הפעילות של העסק: _____ ב. מחזור העסקים השנתי (בש"ח), בחר: <input type="radio"/> 1 עד - 1.5 מיליון ₪ <input type="radio"/> 1.5 מיליון ₪ ומעלה	
7.	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 _____ קרבה: <input type="radio"/> היחיד בעצמו <input type="radio"/> בן משפחה <input type="radio"/> שותף עסקי שם איש ציבור _____ 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: _____	
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	
	אני מצהיר בזאת שמסרתי מידע מלא ומהימן בכל מקרה של שינוי בפרטים שניתנו בטופס זה, אני מתחייב/ת להגיש טופס חדש.	
	שם פרטי ומשפחה	שם וחתימה: _____
		חתימה X _____

12/2018 - 1102

10. למילוי על ידי בעל הפוליסה, אם לא מולא בטופס ההצעה.				
שם הפוליסה	מספר הפוליסה	מקור הכספים שעתידיים 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 / הלוואות <input type="radio"/> ירושה <input type="radio"/> משכנתא/ נדל"ן / מכירת דירה או עסק <input type="radio"/> משכורת / הכנסה מעסק / חבר קיבוץ <input type="radio"/> כספי ביטוח/קצבה/ניוד <input type="radio"/> תרומות <input type="radio"/> מלגות/מענקים/מתנות/זכיה <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/שש <input type="radio"/> שנים ומעלה <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 / הלוואות <input type="radio"/> ירושה <input type="radio"/> משכנתא/ נדל"ן / מכירת דירה או עסק <input type="radio"/> משכורת / הכנסה מעסק / חבר קיבוץ <input type="radio"/> כספי ביטוח/קצבה/ניוד <input type="radio"/> תרומות <input type="radio"/> מלגות/מענקים/מתנות/זכיה <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/שש <input type="radio"/> שנים ומעלה <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 / הלוואות <input type="radio"/> ירושה <input type="radio"/> משכנתא/ נדל"ן / מכירת דירה או עסק <input type="radio"/> משכורת / הכנסה מעסק / חבר קיבוץ <input type="radio"/> כספי ביטוח/קצבה/ניוד <input type="radio"/> תרומות <input type="radio"/> מלגות/מענקים/מתנות/זכיה <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/שש <input type="radio"/> שנים ומעלה <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:		_____	X	_____
		שם פרטי ומשפחה		חתימה