

הצעה לביטוח חיים סטטוס אישי

שם הסוכן	שם הסוכן	תאריך תחילת ביטוח*	חותמת תאריך קבלה בחברה
		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. הינך עומד לרכוש את הפוליסה חסכון אישי בחברת הביטוח "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" טל' שירות לקוחות 03-7107777-03 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="checkbox"/> ישראלי חוץ <input type="checkbox"/>	תאריך התאגדות	מצ"ב תצלום <input type="checkbox"/> תעודה מזהה	e-mail:
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' טלפון

הצהרה לעניין תושבות מס לצורך FATCA ו-CRS

1. האם אתה אזרח ארה"ב? כן לא

2. האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? כן לא

3. האם הנך תושב לצורכי מס במדינה זרה? כן לא לא 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	ישוב CITY/TOWN	מספר TIN

במקרה בו בעל הפוליסה הינו תאגיד או חבר בני אדם

1. האם הנך תאגיד אמריקאי או תאגיד שהתאגד בארה"ב? כן (העבר: טופס W9) לא (העבר: טופס W8BENE)

טפסי W8, W9 ניתנים להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS).

2. יש למלא שאלון CRS לתאגיד (חובה לכל תאגיד, השאלון זמין בפורטל החברה ובאתר האינטרנט).

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 מבוטח ראשי

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

הצהרה לעניין תושבות מס לצורך FATCA ו-CRS

1. האם אתה אזרח ארה"ב? כן לא

2. האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? כן לא

3. האם הנך תושב לצורכי מס במדינה זרה? כן לא לא 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	ישוב CITY/TOWN	מספר TIN

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 _____

ג. פרטי מבוטח שני

שם מלא (משפחה ופרטי)	מספר זהות	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן ילדים
כתובת: רחוב	מס' בית	ישוב	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. דמי ניהול
 6% מהפקדה 1.5% מצבירה

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

מקור הכספים שעתידיים להיות מופקדים בפוליסה	מטרת הפוליסה	היקף פעילות צפוי בפוליסה
<input type="checkbox"/> חסכוניות/השקעות <input type="checkbox"/> ירושה <input type="checkbox"/> כספי ביטוח/קצבה <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> חיסכון לילד/לנכד <input type="checkbox"/> חיסכון לדירה <input type="checkbox"/> חיסכון לפרישה/גמלא/קצבה <input type="checkbox"/> עובד זר <input type="checkbox"/> מענק לבכיר <input type="checkbox"/> השקעה לטווח ארוך <input type="checkbox"/> השקעה לטווח קצר / בינוני <input type="checkbox"/> אחר. פרט: _____	הפקדות חד פעמיות צפויות: <input type="checkbox"/> אף פעם לא <input type="checkbox"/> לעתים מזדמנות <input type="checkbox"/> לעתים רחוקות <input type="checkbox"/> הפקדות מחו"ל משיכות צפויות: <input type="checkbox"/> לעתים מזדמנות <input type="checkbox"/> לעתים רחוקות <input type="checkbox"/> גמלא <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> משכורת <input type="checkbox"/> תרומות <input type="checkbox"/> מלגות/מענקים <input type="checkbox"/> אחר. פרט: _____	<input type="checkbox"/> עובד זר <input type="checkbox"/> מענק לבכיר <input type="checkbox"/> השקעה לטווח קצר <input type="checkbox"/> השקעה לטווח ארוך <input type="checkbox"/> גמ"ח / צדקה <input type="checkbox"/> אחר. פרט: _____	הפקדות חד פעמיות צפויות: <input type="checkbox"/> אף פעם לא <input type="checkbox"/> לעתים מזדמנות <input type="checkbox"/> לעתים רחוקות <input type="checkbox"/> הפקדות מחו"ל משיכות צפויות: <input type="checkbox"/> לעתים מזדמנות <input type="checkbox"/> 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**
ז. מינוי מוטבים לביטוח חיים במות המבוטח לפני תום תקופת הביטוח

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

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

ח. מסלולי השקעה		
מנורה ביטוח כללי	%	מנורה ביטוח שקלי טווח קצר
מנורה ביטוח מניות	%	מנורה ביטוח אג"ח ממשלת ישראל
מנורה ביטוח בחו"ל	%	מנורה ביטוח אג"ח ממשלת ישראל צמוד מדד
מנורה ביטוח מט"ח	%	מנורה ביטוח הלכה
מנורה ביטוח שקלי	%	סה"כ
מנורה ביטוח אג"ח צמוד מדד	%	100%

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

ט. גילוי נאות		י. כיסויים ביטוחיים	
<p>סה"כ הפקדה שוטפת בתוכנית הנית <input type="text"/> ש"ח סה"כ הפקדה חד פעמית בתוכנית הנית <input type="text"/> ש"ח</p> <p>דמי ניהול מהפקדה % <input type="text"/> דמי ניהול מצבירה % <input type="text"/></p> <p>סכום חד פעמי צפוי <input type="text"/> לגיל <input type="text"/> בריבית ברוטו של 4% ובניכוי דמי ניהול שנתיים מהחסכון המצטבר של % <input type="text"/></p> <p>סכום ביטוח למקרה מוות לפי הפקדה חודשית ראשונה <input type="text"/> בפרמיה <input type="text"/> ש"ח</p> <p>סכום פיצוי לאובדן כושר עבודה לפי הפקדה חודשית ראשונה <input type="text"/> בפרמיה <input type="text"/> ש"ח</p> <p>סכום ביטוח לכיסוי <input type="text"/> לפי הפקדה חודשית ראשונה <input type="text"/> בפרמיה <input type="text"/> ש"ח</p> <p>סכום ביטוח לכיסוי <input type="text"/> לפי הפקדה חודשית ראשונה <input type="text"/> בפרמיה <input type="text"/> ש"ח</p> <p>סכום ביטוח לכיסוי <input type="text"/> לפי הפקדה חודשית ראשונה <input type="text"/> בפרמיה <input type="text"/> ש"ח</p>		<p>החסכון המצטבר לא מובא בחשבון</p> <p>החסכון המצטבר מובא בחשבון</p> <p>תקופת ביטוח <input type="text"/> שנים</p> <p>פיצוי חודשי <input type="text"/> ש"ח</p> <p>מוות מתאונה <input type="text"/> ש"ח</p> <p>נכות מתאונה <input type="text"/> ש"ח</p>	

* לידעתך, בכל סוגי המסלולים מדובר בהמחשה בלבד ולכן רוחי ההשקעה והתמורה אינם מובטחים וקיימת אפשרות לתשואה שלילית. יתכן והתוצאות בפועל יהיו טובות או גרועות יותר מהמוצג בהמחשה.

* בהגיע המבטח לגיל יפוג תוקף הפוליסה וימשוך את הכספים שנצברו לזכותו בדרך של סכום חד פעמי.

* במקרה בו בעל הפוליסה יהיו תאגיד או חבר בני אדם, בהגיע המבטח לגיל 67 יפוג תוקף הפוליסה וימשוך את הכספים שנצברו לזכותו בדרך של סכום חד פעמי.

* לבעל הפוליסה, זכות, תוך 60 ימים מקבלת תכנית חסכון חדשה לבטלה והנך זכאי להחזר של כל ההפקדות ששילמת בניכוי דמי ניהול מהחסכון המצטבר ובצמוד לתשואות בני מסלולי ההשקעה כפי שנקבעו בפוליסה.

* יש להציג גילוי נאות לגיל פרישה של המבטח (במידה ומעל גיל פרישה, אין חובה להציג סכום חד פעמי צפוי לגיל אחר)

תאריך חתימת בעל חתימת המבטח חתימת בעל הפוליסה

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 זו לטובת בעל הפוליסה והמבטח, 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 הנהגה 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 הנהגה 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 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 שנעביר הנתונים לרשות שוק ההון, ניתן לפנות לחברתנו בבקשה להסרה מהדיווח בכתובת המייל Har.bit@menora.co.il. לידעתך, 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 חסכוניות 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.

10/18 "אפי"

יב. 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 ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני מאשר ומסכים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעה זו 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 המבוסס בחיים. תנאי זה הינו תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף, והכל בהתאם לתנאי הפוליסה.
- אני מצהיר בזה כי המידע שבמסר מעת לעת על ידי ו/או אודותיי, ניתן ונאסף מראוני ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מוצרים 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 X _____ חתימת מועמד משני לביטוח X

קבלת מידע מהותי והתאמת הביטוח לצורכי 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, תקופות 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 הגני מעוניין לחזור לפוליסה זו לא יכוסה.**

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

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

(חובה למלא במידה וקיימת פוליסת פיצוי המבטחת מקרה דומה)

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

- הצירוף לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי;
- במעמד 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 המבוסס בפוליסה החדשה אליה ביקשתי להצטרף בטופס זה, וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות *

הריני מאשר כי בכוונתי 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. אני מסכימ/ה כי המידע שנמסר על-ידי ו/או אודותיי ישמש את חברות קבוצת מנורה מבטחים ("הקבוצה") לצורך ייעול השירות וקבלת הצעות והטבות ממוקדות באמצעות שירותי דיוור ישיר ביחס למוצרי הקבוצה בתחומי הביטוח, פנסיה, פיננסים ומתן אשראי, באמצעות כלל פרטי ההתקשרות השמורים אודותיי, ולרבות באמצעות דוא"ל ומסרונים. ידוע לי כי אני רשאי/ת, בכל עת, להודיע לחברה בכתב על כך שאיני מעוניין/ת בקבלת הצעות שיווקיות כאמור.*

*חתימה על סעיף זה איננה מהווה תנאי להתקשרותך עם החברה.

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

יג. 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 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 מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו 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 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 _____

יד. 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 (1-7 - 2016) או 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.
- הביטוח 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 X _____ מספר סוכן X _____ חתימת סוכן X _____

לתשומת ליבך, עליך לענות באופן מלא, מפורט ומדוייק. אי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים בע"מ מתשלום.

טו. שאלון בריאות למבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		

מס'	שאלות כלליות על מצב רפואי	מבוטח ראשי	מבוטח משני	שאלון
שאלות כלליות על מצב רפואי				
בכל שאלה יש לסמן "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט				
	מבוטח ראשי: האם הינך מעשן? <input type="checkbox"/> כן - סיגריות <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____ <input type="checkbox"/> לא - במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			מבוטח משני: האם הינך מעשן? <input type="checkbox"/> כן - סיגריות <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____ <input type="checkbox"/> לא - במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
1.	האם אתה עוסק בפעילות ספורטיבית ו/או אתגרית? (לרשימת פעילות אתגרית ניתן לפנות לאתר מנורה) <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט ומלא שאלון טיס			
2.	אלכוהול: צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/ יין או משקה אלכוהולי אחר באופן קבוע.	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	שאלון אלכוהול
3.	סמים: האם צרכת סמים בהווה/ בעבר?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	שאלון סמים
4.	היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/ אם/ אחים/אחיות) אובחנו המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות, סרטן שד, סוכרת, כליות פוליציסטיות, סרטן נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר.	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	שאלון היסטוריה משפחתית
5.	נכות אחוזה נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פגיעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצאת בתהליך לקביעת אחוזה נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצאת ב-א' כושר עבודה כעת?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	שאלון נכות שאלון פגיעות
6.	בדיקות אבחנתיות: האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע אחת או יותר מן הבדיקות הבאות: צינטור, מיפוי, אקו-לב, C.T, ביופסיה, דם סמוי?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	פרטי/ את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע
7.	אשפוזים: האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית? (למעט אשפוז למטרות לידה)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	
8.	ניתוחים: האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	
9.	תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	פרטי/ את שם התרופה, והסיבה לניטול

מס'	שאלות כלליות על מצב רפואי	מבוטח ראשי	מבוטח משני	שאלון
האם אובחנת במהלך חיך במחלות / הפרעות / או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:				
1.	מערכת העצבים והמוח - לרבות טורשת נפוצה, תסמונת דאון, אוטיזם, גושה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיתוק האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	שאלון מערכת העצבים
2.	מערכת הלב וכלי דם - לרבות לב, כלי דם, אירוע מוחי (לרבות אירוע מוחי חולף), יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות ומערכת כלי דם היקפית (פריפריאלי)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	שאלון לב, כלי דם ויתר לחץ דם
3.	בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	שאלון מחלה נפשית
4.	מערכת דם - לרבות מחלות דם ובעיות קרישה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	שאלון מחלות דם וקרישה
5.	מערכת מוטובולית - לרבות סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/ כולסטרול/ טריגליצרידים בדם מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יותרת הכליה, בלוטת הפאראתירואיד	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	שאלון סוכרת שאלון שומנים בדם שאלון בלוטת המגן
6.	מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	יש לצרף דוחות ופתולוגיה
7.	מערכת העיכול - לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלבלב, פי הטבעת	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	שאלון מערכת העיכול
8.	מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	שאלון צהבת וכבד
9.	מערכת כליות ודרכי שתן - לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה, אבנים, רפלוקס, דרכי שתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	שאלון כליות ודרכי השתן
10.	מערכת ריאות ודרכי נשימה - לרבות ריאות, אסטמה, ברוניטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת ואלרגיות	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	שאלון דרכי נשימה/אסטמה
11.	מחלות ראומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאוס, לופוס/זאבת, פיברומיאליגיה וקדחת ים תיכונית (FMF), תסמונת תשישות כרונית, סקלרודרמה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	יש לצרף מסמך רפואי שאלון מחלות ראומטולוגיות ורקמת חיבור
12.	אורטופדיה ומערכת השלד - לרבות גב, עמוד שדרה, שרירים, מפרקים, מחלות פרקים, בעיות ברכיים, שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, גב, בכטרב, ירידה בצפיפות העצם (אוסטאופורוזיס/אוסטאופניה), פרטס, מחלת פרקים ניוונית (אוסטואארטרוזיס)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	שאלון גב ועמוד שדרה שאלון מחלות ראומטולוגיות ורקמת חיבור
13.	מערכת עיניים וראייה - לרבות בעיות הקשורות לעיניים, ליקוי ראייה מעל מספר 8 בעדשות, הפרדת רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני) קטרקט, אובאיטיס, קרטקנוס	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	שאלון עיניים
14.	מערכת אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, דלקות אזניים חוזרות, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת אף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול, גרון וחלל הפה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	שאלון אף/ אוזן/ גרון
15.	עור ומין - לרבות מחלות עור, בעיות עור ואלרגיה, פסוריאזיס, פמפיגוס, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	שאלון בעיות עור
16.	מחלות זיהומיות, לרבות מחלות אוטואימוניות, פוליו, מחלות מין ואידס/ נשא HIV	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	יש לצרף מסמכים רפואיים
17.	לנשים: בעיות גינקולוגיות ושדיים, הגדלה/הקטנת שדיים, גוש בשד, דימומים (ללא קשר לווסת), רחם שרירי, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פריון. האם את בהריון כעת? _____ באיזה שבוע? _____ לגברים: בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> כמות ביום _____	שאלון נשים שאלון פרוסטטה ואשכים

הערות: _____ תאריך: _____	הערות: _____ תחמת מועמד ראשי X
חתימת מועמד משני X	

הוראה לחיוב חשבון

טופס 3-10

6400000275

מספר בעל הרישיון	שם בעל הרישיון	תאריך תחילת ביטוח	חותמת תאריך קבלה בחברה
		01 20	

כרטיס כרטיס אשראי

מספר זהות ס"ב	שם בעל כרטיס אשראי	סוג הכרטיס	בטוחק עד
מיקוד	מס' רחוב	<input type="checkbox"/> לאומי ויזה <input type="checkbox"/> ישראלרס <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> ויזה כאל <input type="checkbox"/> דינרס	
כתובת: יישוב רחוב		מספר כרטיס אשראי	

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 שיונוק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך חתימת בעל כרטיס האשראי מנורה מבטח 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	קוד מוסד
			614
מספר חשבון בנק		אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	



לכבוד בנק _____ סניף _____

כתובת _____

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 בעל/החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות/ח"פ _____ מכתובת _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

- מבקשים בזה להקים בחשבונו 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).
- כמו כן יחולו ההוראות הבאות:
 - עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת הרשאה לחיוב החשבון.
 - הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול ע"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, הזיכוי ייעשה 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.
 - הרשאה 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 להוציא מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
 - אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

כרטיס הרשאה - 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	קוד מוסד
			614
מספר חשבון בנק		אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	

לכבוד: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

ת.ד. 927, תל-אביב 6100802

קיבלנו הוראות מ- _____, לכבד 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 הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר.

אישור זה לא יפגע בהתחייבותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

תאריך בנק סניף _____

כרטיס המבקש

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ טלפון: _____ נייד: _____

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. איראן, אלג'יריה, אנגולה, אפגניסטאן, אקוודור, אתיופיה, האמיריות, הרשות הפלסטינית, טורקמניסטן, ירדן, לבנון, לוב, מלדיה, 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, 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. <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): _____	
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 _____ <input type="radio"/> ציין את התפקיד הציבורי: 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: _____
_____		_____ X _____
_____		_____ חתימה

