



מספר פוליסה
קוד מחולל

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



טופס 12-240

הצעה לביטוח סטטוס עצמאים

☐ פוליסה חדשה ☐ העברת כספים לקופת ביטוח (ניוד)

יש לענות על כל השאלות באופן ברור ומלא. אין להשתמש בקווים או בסימנים במקום מילים. הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד.

חותמת תאריך קבלה בחברה	תאריך תחילת ביטוח*	שם סוכן	מספר סוכן
	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.

א. פרטי המבוטח						
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות/דרכון	תאריך לידה	מין ☐ זכר ☐ נקבה	☐ רווק ☐ נשוי ☐ אלמן ☐ גרוש	ילדים
כתובת:	רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	טלפון בבית:	טלפון נייד:
מקצוע	עיסוק בפועל	פקס	e-mail:			

ב. פרטי הפוליסה	
גיל תום תקופת הביטוח (60-67) _____ במידה שלא צוין, גיל תום יקבע לגיל 67.	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

ג. הפקדות לקופה לקצבה	
חובה לצרף צילום תעודת זהות בכל הפקדה, במקרה של תושב חוץ חובה לצרף צילום דרכון ותעודה מזהה נוספת.	
☐ הפקדה חודשית בסך: _____ ש"ח ללא אובדן כושר עבודה	
☐ אובדן כושר עבודה מתוך ההפקדות עם הפקדה חודשית בסך _____ ש"ח	
☐ אובדן כושר עבודה עצמאי ללא הפקדה לחסכון פנסיוני	

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

א"פ" 12/2020

ה. תכנית החסכון, סכומי ביטוח למקרה מוות

סוג המוצר	דמי ניהול	הכיסוי הביטוחי
☐ סטטוס 2015	☐ טופ 5000 פלוס** 3% מהפקדה 0.5% מצבירה ☐ מסלול רגיל 4% מהפקדה 1.05% מצבירה ☐ אחר: _____ (נדרשת חתימה מטה) שם המאשר: _____ חתימה: _____	☐ ש"ח סכום ביטוח _____ ☐ ריסק 1***
☐ סטטוס*	☐ מסלול רגיל 4% מהפקדה 1.05% מצבירה ☐ אחר: _____ (נדרשת חתימה מטה) שם המאשר: _____ חתימה: _____	*** כיסוי ביטוחי זה ירכש בפוליסה נפרדת (פרט). המכירה הינה אגב ייעוץ פנסיוני ונדרשת הנמקה במכירה זו. כמו כן יש למלא הוראה לחיוב חשבון.

* בהתאם לחוזר מקדמי קצבה המגלים הבטחת תוחלת חיים, ניתן לרכוש מוצר זה בהפקה של פוליסה חדשה למבוטחים מגיל 60 ומעלה.
 ** מסלול טופ 5000 פלוס יינתן בכפוף להפקדה חודשית קבועה של 800 ש"ח ומעלה.

ו. כיסוי אובדן כושר עבודה

- ☐ אובדן כושר עבודה - טופ לעתיד - בפרמיה משתנה *

סכום פיצויי ש"ח _____

נרכש כיסוי ביטוחי זה מתוך ההפקדות לתגמולים בפוליסה, סכום הפיצוי החדשי **יקבע ע"י החברה**, כך שהעלות המצטברת של הכיסויים הביטוחיים הנרכשים מתוך ההפקדות, עד לכל אחד ממועדי תשלום הפרמיות, לא תעלה על 35% מסך כל ההפקדות למרכיב התגמולים עד לאותו מועד.

לתשומת ליבך: לאור האמור לעיל, סכום הפיצוי שיקבע יכול שיהיה נמוך מסכום הפיצוי שהתבקש בטופס ההצעה לעיל.

השכר המבוטח לאובדן כושר עבודה יחושב כסכום הפיצוי החודשי מחולק בשיעור פיצוי חודשי של 75%.

הרחבות לאובדן כושר עבודה

- 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)
- ביטול קיזוז ביטוח לאומי (גמלת תאונות עבודה).
- הארכת תקופת ההצמדה של הפיצוי למדד המחירים לצרכן ל- 60 חודשים
- הגדלת תגמולי ביטוח בתקופת תשלום הפיצוי ○ 1% לשה ○ 2% לשה

* לפי גיל תום תקופת הביטוח של תכנית הביטוח היסודית, ולא יותר מגיל 67.

ז. העברות כספים

1. סך הצבירה המועברת
כ- _____ ש"ח

2. סוג המוצר

סוג המוצר	גיל המבוטח
סטטוס 2015 ☒	עד גיל 60
סטטוס 2015 ☐	מגיל 60
סטטוס ☐	ומעלה

- ### 3. פרטי התוכנית המובקשת

- ☐ סוג התוכנית תפתח בהתאם לסוג הכספים שיועברו מהקופה המעבירה
- ☐ סוג התוכנית תפתח בהתאם לסימון בטבלה שלהלן:

הקופה המעבירה	הכיסוי הביטוחי	הערות	דמי ניהול מצבירה
קופ"ג הובית עד 31.12.007	☐ קופת גמל לתגמולים (ללא תוכנית המשך קצבה)	- בחירה בתכנית זו תאפשר שמירה על הזהות ההונית של הכספים. - על הכספים ההוניים לא יחול מקדם קצבה מובטח.	דמי ניהול ☐ 1.05%
☐ קופה לקצבה	☐ קופה לקצבה	בחירה בתוכנית זו תגרסם לאובדן הזהות ההונית של הכספים	☐ % *
קופ"ג לקצבה	☒ קופה לקצבה		

לצורך הטבה בדמי ניהול נדרש אישור גורם מוסמך: שם המאשר: _____ חתימה: _____

ח. מסלולי השקעה

תגמולים			תגמולים		
העברות	שוטף		העברות	שוטף	
%	%	מנורה ביטוח אג"ח ממשלת ישראל	%	%	מנורה ביטוח תלוי גיל - ברירת מחדל *
%	%	מנורה ביטוח הלכה	%	%	מנורה ביטוח מניות
%	%	מנורה ביטוח לבני 50 ומטה **	%	%	מנורה ביטוח מניות בחו"ל
%	%	מנורה ביטוח לבני 50 עד 60 **	%	%	מנורה ביטוח מט"ח
%	%	מנורה ביטוח לבני 60 ומעלה **	%	%	מנורה ביטוח 20/80
100%	100%	סה"כ	%	%	מנורה ביטוח אג"ח
			%	%	מנורה ביטוח שקלי טוח קצר

ניתן לקבל מידע על המסלולים ודברי הסבר באתר האינטרנט של "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ".

* מסלול תלוי גיל התואם את גיל המבוטח, כמסלול זה תחילת הביטוח. במסלול זה בגיל המעבר תעבור אוטומטית למסלול המתאים לגילך.

** מסלול שאינו ברירת מחדל. בעת בחירה במסלול זה את תתבעה העברה בגיל המעבר למסלול השקעה תלוי גיל הבא.

ט. מוטבים

שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	קרבה	% חלוקה
* במידה ולא נמסרו נתונים אחרים, המוטבים למקרה מוות יהיו היורשים החוקיים.				
100%				

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

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

1. שאלון בריאות למבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין ○ 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) כן / לא / כן, פרט ומלא שאלון תחביבים מתאים						
האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? כן / לא / כן, פרט ומלא שאלון טיס						

מס'	שאלות כלליות על מצב רפואי	כן/לא	שאלון
	בכל שאלה יש לסמן "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט		
1.	האם הינך מעשן? ○ כן - סיגריות ○ אחר _____ ○ לא - במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות ○ כן / 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.	כן / לא	שאלון אלכוהול
2.	אלכוהול: צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/ יין או משקה אלכוהולי אחר באופן קבוע.	כן / לא	שאלון אלכוהול
3.	סמים: האם צרכת סמים בהווה/ בעבר?	כן / לא	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, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר.	כן / לא	שאלון היסטוריה משפחתית
5.	נכות אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, 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?	כן / לא	שאלון נכות שאלון פציעות
6.	בדיקות אבחנתיות: האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע אחת או יותר מן הבדיקות הבאות: צינטור, מיפוי, אקו-לב, CT, ביופסיה, דם סמוי?	כן / לא	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? (לידה אינה אשפוז)	כן / לא	
8.	ניתוחים: האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?	כן / לא	
9.	תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?	כן / לא	פרטי/ את שם התרופה, והסיבה לגטילתה
מס'	האם אובחנת במהלך חייר במחלות / הפרעות ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:	כן/לא	שאלון
1.	מערכת העצבים והמוח - לרבות טרשת נפוצה, תסמונת דאון, אוטיזם, גושה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיתוק האם פניה לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?	כן / לא	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 (פרפיריאלית)	כן / לא	שאלון לב, כלי דם ויתר לחץ דם
3.	בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות	כן / לא	שאלון מחלה נפשית
4.	מערכת דם - לרבות מחלות דם ובעיות קרישה	כן / לא	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	כן / לא	שאלון סוכרת שאלון שומנים בדם שאלון בלוטת המגן
6.	מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני	כן / לא	יש לצרף דוחות ופתולוגיה
7.	מערכת העיכול - לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלבליב, פי הטבעת	כן / לא	שאלון מערכת העיכול
8.	מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד	כן / לא	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	כן / לא	שאלון כליות ודרכי השתן
10.	מערכת ריאות ודרכי נשימה - לרבות ריאות, אסטמה, ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת ואלרגיות	כן / לא	שאלון דרכי נשימה/אסטמה
11.	מחלות ראומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאוס, לופוס/זאבת, פיברומיאלגיה וקדחת ים תיכונית (FMF), תסמונת תשישות כרונית, סקלרודרמה	כן / לא	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 ניונית (אוסטאוארטרוזיס)	כן / לא	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, אובאטיס, קטרקטוס	כן / לא	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	כן / לא	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	כן / לא	שאלון בעיות עור
16.	מחלות זיהומיות, לרבות מחלות אוטואימוניות, פוליו, מחלות מין ואידס/ נשא HIV	כן / לא	יש לצרף מסמכים רפואיים
17.	לגברים: בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים	כן / לא	שאלון פרוסטטה ואשכים
18.	לנשים: בעיות גניקולוגיות 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? _____	כן / לא	שאלון נשים

הערות:

X חתימת מועמד

תאריך:

יא. 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 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 סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה 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.

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

שם המועמד _____ מס' ת.ז. _____
 כתובת _____ תאריך _____ חתימה _____
 פרטי העד לחתימה: (עו"ד, רופא, סוכן ביטוח) _____
 שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____
 מס' רשיון _____ חתימת עד _____

יב. הצהרה על פי צו איסור הלבנת הון

אני החתום מטה _____ מספר זהות _____ מצהיר בזאת כי:
☐ אני פועל בעבור עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת המבטוח, למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה.
☐ יש נהנה בזכויות כאמור ואולם פרטי הזהויה שלו טרם ידועים. הסיבה לכך: _____
אני מתחייב למסור את פרטי הנהגה מיד עם היוודע זהותו.
 הנהגים בפוליסה/בחשבון הם:

שם	מס' זהות / ח.פ.	תאריך לידה/התאגדות	מען

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 ☒ _____

יג. הצהרת בעל הרישיון

אני מצהיר בזה כי שאלתי את המועמד/ת בעלת הפוליסה את כל השאלות המופיעות לעיל, והתשובות הן כפי שנמסרו/ לי אישית על-ידי הפוליסה ועל-ידי המועמד לביטוח.
 תאריך: _____ שם בעל הרישיון ☒ מספר בעל הרישיון ☒ חתימת בעל הרישיון ☒

יד. הצהרת המבוטח

אני החתום מטה, המבוטח, מבקש להצטרף כמבוטח לתכנית הביטוח (להלן מנורה מבטחים ביטוח), לפי הרשום בטופס זה (להלן "הצהרה").
 אני מצהיר/ה בזה כי:
 א. כל התשובות המפורטות בהצעה הן נכונות ומלאות, ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.
 ב. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בכתב וכן התנאים המקובלים אצל מנורה מבטחים ביטוח לעניין זה יישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
 ג. אני מאשר/ת ומסכים/ה בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעת זו נתון לשיקול דעת בלעדי 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 והכל בהתאם לתנאי הפוליסה.
 ה. מועד הצטרפותי יהא מועד התשלום הראשון בפועל של דמי הגמולים במסגרת בקשה זו, ובלבד שתשלום נעשה בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי ולהוראות התקנות.
 ו. בעל הרישיון הקבוע בפוליסה יחשב כשלוש של החברה לרבות לענין קבלת הצעת הביטוח ולענין קבלת ההפקדות, ולא ייחשב כשלוש של החברה לענין בקשות למשיכת כספים, העברות כספים אל הפוליסה, העברות בין מסלולי השקעה, תשלומים מהפוליסה בתום תקופת הביטוח, או שינוי בכיסויים הביטוחיים (כולל רישוק זמני). בקשות אלה הנמסרות לחברה על ידי המעביד, המבוטח, המוטב או כל אדם אחר צריכות להימסר בכתב אך ורק במשרד החברה.
 ז. המידע נמסר מרצונך 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 לדין. 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>.
 ח. תוספת להצהרת המבוטח במקרה של ביטוח אי כושר עבודה:
 אני מצהיר בזה כי הפיצויים המבוקשים לפי ביטוח אי כושר עבודה, במידה ויעשה ביטוח נוסף זה, יחד עם הפיצויים החודשיים המבוטחים על-ידי פוליסות אחרות מסוג זה בכל חברות הביטוח אינם עולים על 75% מהכנסותי החודשית הממוצעת בשנה האחרונה.

תאריך: _____ חתימת המבוטח ☒

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

תאריך: _____ חתימת המבוטח ☒

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 שיעברו 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 מבטחים שנפטרו, לאתר חסכוניות פנסיוניות. 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. 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 כל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

הוראה לחיוב חשבון

חותמת תאריך קבלה בחברה	תאריך תחילת ביטוח	שם הסוכן	מספר הסוכן
	20 01		
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	○ לאומי ויזה ○ ישראכרט ○ אמריקן אקספרס ○ דייןרס	בתוקף עד	שם בעל כרטיס אשראי	מספר זהות מס' ב	מספר זהות מס' ב
מספר כרטיס אשראי		כתובת: ישוב 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 מסלקה סניף	בנק
אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה		קוד מוסד 614	

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 בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות/ח"פ _____ מכתובת _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____
2. מבקשים זהה 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).
א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
ב. הרשאה 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.
ג. 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 ייעשה בערך יום מתן ההודעה הביטול.
ד. 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.
ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
ח. 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 מסלקה סניף	בנק
אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה		קוד מוסד 614	

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/נכם 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 לביצוע; 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 בהתחייבותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

אישור הבנק - חתימה וחותמת

הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רישיון)

(נספח ב2)

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כוח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו
(☐ צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

לכבוד _____
(שם הגוף המוסדי), (מספר ח.פ.)

מייפה הכוח (הלקוח):

שם: _____ מספר זיהוי

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

כתובת: _____

מיופה הכוח: במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד):

שם (יחיד/תאגיד): _____ רישיון מס'

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

אשר הינו: (1) יועץ פנסיוני ☐ ; (2) סוכן ביטוח פנסיוני ☐ סמן את האפשרות המתאימה.
טלפון _____ מייל _____

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני ומי מטעמו¹, לפנות בשמי לגוף המוסדי² המפורט לעיל לשם קבלת מידע³ אודות מוצרים פנסיוניים⁴ ותכנית ביטוח⁵ הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשותיי להצטרפות למוצר או העברת בקשותיי לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית.

אם מנוהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיופה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

¹ "מי מטעמו" - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות בפיקוח 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 אודות מוצר" - 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 כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31טז(2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.

⁵ "תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

(1) מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר	(2) מספר הקידוד של המוצר (חובה)	(3) סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל
		☐
		☐

* במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.

* אם מועבר מספר הקידוד של המוצר, יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני".

* בממשק האירועים שדה "מספר קידוד אחיד" הוא שדה חובה.

* אם סימנתי V בעמודה (3), סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.

1. ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסוים)

שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:

☐ בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע על מוצר מסוים, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.

☐ בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.

✓ חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם.

2. תוקפו של ייפוי כוח

שים לב! באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה

☐ הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.

☐ הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ-10 שנים - עד ליום _____.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך החתימה

חתימת הלקוח

תאריך החתימה

חתימת סוכן הביטוח/
היועץ הפנסיוני

שם סוכן הביטוח/
היועץ הפנסיוני

מספר תיק	
מספר פוליסה	

נספח א'
בקשת העברה לקופת ביטוח
המאושרת לקופת גמל עמית שכיר / עצמאי



לכבוד

שם הגוף המנהל של הקופה המעבירה	שם קופת הגמל המעבירה	מס' מ"ה
--------------------------------	----------------------	---------

הנדון: בקשה להעברת כספים למנורה מבטחים ביטוח בע"מ

מצ"ב בקשתו של העמית הנ"ל להעברת כספים מחשבונו אצלכם, כמפורט להלן, בהמשך לבקשה, אנו מתחייבים בזאת בהתחייבות בלתי חוזרת לקבל את הכספים ולשאת באחריות הביטוחית לגבי העמית הנ"ל החל במועד הקובע, כהגדרתו בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (העברת כספים בין קופות גמל), התשס"ח - 2008 (להלן: המועד הקובע ו-התקנות בהתאמה). לכל מונח במסמך זה תהא המשמעות הנודעת לו בתקנות, אלא אם כן נקבע בו במפורש אחרת.

1. פרטי העמית	
שם משפחה	שם פרטי
כתובת: רח'	מס' בית
	עיר
	מיקוד
	טלפון
	דוא"ל
☐ עמית פעיל ☐ עמית לא פעיל בקופת הגמל המעבירה	

2. בקשת העברה

1. לגבי עמית הרוכש כיסויים ביטוחיים במסגרת הקופה המקבלת:
אני מצהיר כי קיבלתי את התנאים לעניין הכיסוי הביטוחי במנורה מבטחים ביטוח בע"מ וכי הוסברו לי תנאים אלה ככול שנקבעו תנאים כאמור. **חתימת העמית** X

לגבי עמית נתון לאפטרופסות - שם האפטרופוס _____ ו**חתימתו** X

2. אני מבקש להעביר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן הקופה המקבלת) את:

☐ מלוא הכספים (ברירת מחדל)	☐ סך של _____ ש"ח	☐ שיעור של _____ %	☐ סכום הכספים שהופקדו בחשבון
עד ליום / החל מיום _____ / _____			

אשר נצברו לזכותי ב: ☐ בכל מרכיבי החשבון (ברירת מחדל) ☐ במרכיב התגמולים ☐ במרכיב הפיצויים

במסלולי השקעה: ☐ בכל מסלולי ההשקעה (ברירת מחדל) ☐ ממסלולי השקעה _____

בחשבון מספר:	מספר חשבון בקופת הגמל המעבירה	בקופת גמל:	שם קופת גמל המעבירה
לחשבון מספר:	מספר פוליסה בקופה המקבלת	שם הפוליסה	☐ בהתאם לסוג קופות הגמל שהיו בחשבוני בקופה המעבירה.
		☐ טטוס - 4234 ☐ טטוס 2015 - 4234	☐ קופ"ג לקצבה שהיא קופת ביטוח ☐ קופ"ג לתגמולים שהיא קופת ביטוח ☐ קופ"ג אישית לפיצויים שהיא קופת ביטוח ☐ אחר

ולאחר שקראתי בעיון את התנאים שנקבע לעניין הכיסוי הביטוחי בקופת הגמל המקבלת והוסברו לי תנאים אלה היטב, ככל שנקבעו תנאים כאמור.

פרטי חשבון הבנק להעברה: **בנק לאומי** **בנק - 10** **סניף - 800** **חשבון - 6012064**

לידיעתך, ברירת המחדל להעברת הכספים, במידה שלא ציינת את סך היתרה שתועבר לקופה המקבלת, מרכיבי החשבון שמהם יועברו הכספים או מסלולי ההשקעה שמהם תרצה להעביר את הכספים, היא העברת מלוא הכספים שנצברו בחשבוני בקופה המעבירה, בכל מרכיב החשבון ובכל מסלולי ההשקעה.

3. הצהרות העמית

אני מצהיר כי קיבלתי את התנאים לעניין הכיסוי הביטוחי בקופת הגמל המקבלת וכי הוסברו לי תנאים אלה, ככל שנקבעו תנאים כאמור.

חתימת העמית _____

לגבי עמית נתון לאפטרופסות - שם האפטרופוס _____ ו**חתימתו** _____

1. אני נתון בזה את הסכמתי לכך שתמסרו את כל הפרטים, הנתונים והמסמכים שיש לכם לגבי, ובכלל זה פירוט בדבר התנאים או הסייגים שנקבעו לגבי בקופה המעבירה לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכוי מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכוי נכות - ככל שנקבעו, ואשר נדרשים לפי הוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר לפי סעיף 23 (ד) לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) התשס"ה - 2005, לקופת הגמל המקבלת.

2. ידוע לי, כי החל במועד הקובע ואילך תהיו פטורים מלשלם לי כל תשלום שהוא, לרבות בשל חבות ביטוחית, הנובע מהכספים שהועברו לקופת הגמל המקבלת.

3. אני מצהיר, כי למיטב ידיעתי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו מתקיימים כל התנאים המפורטים להלן:
א. לא קיים צו עיקול על חשבוני בקופת הגמל המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל.
ב. לא קיים שעבוד שנעשה כדין על חשבוני בקופת הגמל המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל.
ג. לא קיימת בחשבוני בקופת הגמל המעבירה יתרת חוב בשל הלוואה שטרם נפרעה במלואה.
ד. לא התחלתי לקבל קצבת זקנה מקופת הגמל המעבירה.
ה. לא הגשתי בקשה לקבלת קצבת נכות מקופת הגמל המעבירה.

ידוע לי, כי ככל שמתקיימים לגבי במועד חתימתי על בקשת העברה זו ועד למועד ההעברה אחד מהתנאים האמורים, תבטל ההעברה זו ולא תבוצע העברת כספים לקופת הגמל המקבלת.

4. **לגבי עמית פעיל בלבד:**
ידוע לי כי בקשתי האמורה מותנית בכך שלא יחלפו למעלה מ- 120 ימים ממועד הגשת הבקשה ועד למועד שבו יופקדו בשלי לראשונה בקופת הגמל המקבלת כספים, אלא אם כן אודיע למנורה מבטחים ביטוח בע"מ כי לא יופקדו בשלי כספים בקופת הגמל המקבלת, בתוך התקופה האמורה. כמו כן, ידוע לי כי אם אודיע כאמור, איחשב לעניין המועד הקובע כעמית לא פעיל.

☐ אני מבקש כבר עכשיו להודיע כי לא יופקדו בשלי כספים לקופת הגמל המקבלת. **חתימת העמית** X

לגבי עמית נתון לאפטרופסות - שם האפטרופוס _____ ו**חתימתו** X

5. חתימתי על בקשה זו נעשית לאחר שקראתי אותה בעיון ותוכנה הוסבר לי היטב, ולאחר ששקלתי את האמור בה וגמרתי אומר להתחייב בה.

ולראיה באתי על החתום, היום: _____ / _____ / _____ **חתימת העמית** X

לגבי עמית נתון לאפטרופסות - שם האפטרופוס _____ ו**חתימתו** X

לידיעתך בקשת העברה זו ניתנת לביטול ובלבד שהכספים טרם הועברו. ביטול ייעשה על ידי חתימה על טופס הודעת ביטול והעברתו לקופה המעבירה (הקופה ממנה מועברים הכספים). העברת הטופס אפשרית בין היתר, בפקס, בדואר או בדוא"ל.

01/2017 - 5001

תאריך: _____

טופס הכר את הלקוח לעניין צו איסור הלבנת הון - יחיד

1.	שם פרטי	שם משפחה
2.	מספר מזהה _____ סוג זיהוי ☐ תעודת זהות ☐ דרכון	
3.	בזיהוי על ידי דרכון, ציין ארץ הוצאת הדרכון _____ וציין מהי זיקתך לישראל: ☐ מגורים ☐ עסקים ☐ עבודה בישראל ☐ משפחה בארץ ☐ אחר, פרט _____ ☐ 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: ☐ לא ☐ כן - הקף בעיגול את המדינה. איסלנד, איראן, אלגיריה, אנגולה, אפגניסטאן, אקוודור, אתיופיה, בוצואנה, גאנה, האמירות, 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, ג'רסי, ליכטנשטיין, מקאו, מלזיה, מונקו, מונטסראט, האנטילים ההולנדיים, פלאו, פנמה, סמואה, איי סיישל, איי טורקס וקאיקוס, ונואטו	
6.	בעל עסק: ☐ איני בעל עסק ☐ יש בבעלותי עסק, ענף הפעילות של העסק (נא מלא סעיפים א, ב): א. ☐ חלפנות כספים / שירותי מטבע ☐ הימורים ☐ ארגון ללא מטרות רווח ☐ בית השקעות ☐ קרן הון סיכון ☐ הלוואות פרטיות ☐ סחר בנשק ☐ יועץ נדל"ן ☐ מסחר וכריית מטבעות דיגיטליים, או מתכות ☐ בלדרות. ☐ גיוס תרומות* ☐ סחר ביהלומים/זהב* (*מלא שאלון מורחב) ☐ אחר ציין את ענף הפעילות של העסק: _____ ב. ☐ מחזור העסקים השנתי (בש"ח), בחר: ☐ 1 - ☐ 1.5 מיליון ₪ ☐ 1.5 מיליון ₪ ומעלה	
7.	האם קיים קשר לבעל תפקיד ציבורי: איש ציבור בהווה או ב-5 שנים אחרונות ☐ לא ☐ כן, בארץ ☐ כן, בחו"ל, נא ציין שם המדינה _____ קרבה: ☐ היחיד בעצמו ☐ בן משפחה ☐ שותף עסקי שם איש ציבור _____ ציין את התפקיד הציבורי: ☐ ראש ממשלה / נשיא ☐ שופט ☐ חבר פרלמנט ☐ קצין צבא / משטרה בכיר ☐ ראש עיר ☐ בכיר בארגון בינ"ל ☐ אחר, פרט: _____	
8.	האם סורבת בקבלת שירות מגוף פיננסי אחר בשל איסור הלבנת הון? ☐ לא ☐ כן	
9.	סמן את רמת הכנסתך: ☐ 0-15,000 ₪ ☐ 15,000-30,000 ₪ ☐ 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 וחתימה: _____ שם פרטי ומשפחה _____ X _____ חתימה		

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
☐ סטטוס ☐ טופ פייננס ☐ טופ גולד ☐ טופ קידס		☐ חסכונות / השקעות / הלוואות ☐ ירושה ☐ משכנתא/ נדל"ן / מכירת דירה או עסק ☐ משכורת / הכנסה מעסק / חבר קיבוץ ☐ כספי ביטוח/קצבה/ניוד ☐ תרומות ☐ מלגות/מענקים/מתנות/זכיה ☐ אחר. פרט: _____	☐ חסכון לילד / לנכד ☐ חסכון לדירה ☐ חסכון לפרישה/גמלא/קצבה ☐ עובד זר ☐ מענק לבכיר ☐ השקעה לטווח קצר/בינוני ☐ השקעה לטווח ארוך/שש ☐ שנים ומעלה ☐ אחר. פרט: _____	הפקדות חד פעמיות צפויות: ☐ אף פעם לא ☐ לעתים מזדמנות ☐ לעתים רחוקות ☐ הפקדות מחו"ל משיכות צפויות: ☐ לעתים מזדמנות ☐ לעתים רחוקות ☐ גמלא ☐ אנונה
☐ סטטוס ☐ טופ פייננס ☐ טופ גולד ☐ טופ קידס		☐ חסכונות / השקעות / הלוואות ☐ ירושה ☐ משכנתא/ נדל"ן / מכירת דירה או עסק ☐ משכורת / הכנסה מעסק / חבר קיבוץ ☐ כספי ביטוח/קצבה/ניוד ☐ תרומות ☐ מלגות/מענקים/מתנות/זכיה ☐ אחר. פרט: _____	☐ חסכון לילד / לנכד ☐ חסכון לדירה ☐ חסכון לפרישה/גמלא/קצבה ☐ עובד זר ☐ מענק לבכיר ☐ השקעה לטווח קצר/בינוני ☐ השקעה לטווח ארוך/שש ☐ שנים ומעלה ☐ אחר. פרט: _____	הפקדות חד פעמיות צפויות: ☐ אף פעם לא ☐ לעתים מזדמנות ☐ לעתים רחוקות ☐ הפקדות מחו"ל משיכות צפויות: ☐ לעתים מזדמנות ☐ לעתים רחוקות ☐ גמלא ☐ אנונה
☐ סטטוס ☐ טופ פייננס ☐ טופ גולד ☐ טופ קידס		☐ חסכונות / השקעות / הלוואות ☐ ירושה ☐ משכנתא/ נדל"ן / מכירת דירה או עסק ☐ משכורת / הכנסה מעסק / חבר קיבוץ ☐ כספי ביטוח/קצבה/ניוד ☐ תרומות ☐ מלגות/מענקים/מתנות/זכיה ☐ אחר. פרט: _____	☐ חסכון לילד / לנכד ☐ חסכון לדירה ☐ חסכון לפרישה/גמלא/קצבה ☐ עובד זר ☐ מענק לבכיר ☐ השקעה לטווח קצר/בינוני ☐ השקעה לטווח ארוך/שש ☐ שנים ומעלה ☐ אחר. פרט: _____	הפקדות חד פעמיות צפויות: ☐ אף פעם לא ☐ לעתים מזדמנות ☐ לעתים רחוקות ☐ הפקדות מחו"ל משיכות צפויות: ☐ לעתים מזדמנות ☐ לעתים רחוקות ☐ גמלא ☐ 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

חתימה

12/2018 - 1102