



מספר פוליסה
קוד מחולל

TOP KIDS

חשבון חסכון עם ביטוח

פוסט 8-230

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. הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד.
הינך עומד לרכוש את הפוליסה חסכון לילד 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/דרכון	תאריך לידה	טלפון בבית	טלפון נייד
כתובת: רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	e-mail:

הצהרה לעניין תושבות מס לצורך CRS-I FATCA

1. האם אתה אזרח ארה"ב? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	2. האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	אם סימנת "כן" בסעיפים 1 ו-2 (באחד מהסעיפים או בשניהם) נא צרף טופס W9 מלא על כל פרטי, 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"/> כן <input type="radio"/> לא					
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.

ב. פרטי המבוטח הראשי

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

הצהרה לעניין תושבות מס לצורך CRS-I FATCA

1. האם אתה אזרח ארה"ב? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	2. האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	אם סימנת "כן" בסעיפים 1 ו-2 (באחד מהסעיפים או בשניהם) נא צרף טופס W9 מלא על כל פרטי, 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"/> כן <input type="radio"/> לא					
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.

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 שנועבר 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 נוטרף, המאפשר למבוטחים ולמוטבים של מבוטחים שנופטרו, לאתר חסכונות פנסיוניים. במידה והנך מעוניין שבקשת ההסרה תחול גם על הנתונים המועברים למאגר זה אנא ציין זאת בבקשתך.

הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדוח התקופתי (להלן - המסמכים) ישלחו אליך בדואר אלקטרוני או באמצעות מסרון לטלפון הנייד. ככל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל, יש לציין בהמשך את כתובת הדואר למשלוח המסמכים. 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.

לצורך רכישת כיסויים נוספים לילדים יש למלא את הפרטים הבאים:

ג. פרטי ילדים

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

ד. מוטבים

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

ה. פרטי הפוליסה

דמי ניהול:

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

אופן התשלום: חובה לבחור אחת מהאפשרויות הבאות:

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

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

תאריך: שם בעל החשבון: חתימת בעל החשבון X

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

ו. חבילות **

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

* סך הפקדה חודשית מינימלית לחבילה 150 ש"ח. ** גיל תום בחבילות הינו 13-12 (עבור בת/בר מצווה), 21 או 24 (עבור לימודים, חתונה או דירה)

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

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

ח. מסלולי השקעה

ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	
%	%	%	מנורה ביטוח כללי
%	%	%	מנורה ביטוח מניות
%	%	%	מנורה ביטוח מניות בחו"ל
%	%	%	מנורה ביטוח מט"ח
%	%	%	מנורה ביטוח 20/80
%	%	%	מנורה ביטוח אג"ח
%	%	%	מנורה ביטוח שקלי טווח קצר
%	%	%	מנורה ביטוח אג"ח ממשלת ישראל
%	%	%	מנורה ביטוח הלכה
100%	100%	100%	סה"כ

12/2020 אפי"

ט. כתב ויתור על סודיות רפואית

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

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

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

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

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

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____

מס' רישיון _____ חתימת עד _____

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

י. שאלון בריאות למבוטח

מבוטח ראשי

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

מס'	שאלות כלליות על מצב רפואי	מבוטח ראשי	ילד ראשון	ילד שני	ילד שלישי	שאלון
1.	האם הינך מעשן? <input type="radio"/> כן - <input type="radio"/> סיגריות <input type="radio"/> אחר <input type="radio"/> כמות ביום _____ <input type="radio"/> לא - במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	האם הינך מעשן? <input type="radio"/> כן - <input type="radio"/> סיגריות <input type="radio"/> אחר <input type="radio"/> כמות ביום _____ <input type="radio"/> לא - במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא				האם הינך מעשן? <input type="radio"/> כן - <input type="radio"/> סיגריות <input type="radio"/> אחר <input type="radio"/> כמות ביום _____ <input type="radio"/> לא - במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
2.	נכות אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פגיעה, סיבה רפואית? האם הונך נמצא/ת בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצא/ת ב-אי כושר עבודה כעת?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שאלון נכות שאלון פגיעות
3.	אשפוזים: האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פונקציונלית? (למעט אשפוז למטרת לידה)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	
4.	תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	פרט/י את שם התרופה, והסיבה לנטילתה

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

הערות:

חתימת מועמד ראשי X

תאריך: _____

יא. הצהרה על פי צו איסור הלבנת הון

הצהרת בעל הפוליסה

- אני החתום מטה מספר זהות _____ מצהיר בזאת כי אני פועל בעבור עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זו לטובת בעל הפוליסה והמבוטח, למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה.
- יש נהנה בזכויות כאמור ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים. הסיבה לכך: _____
- אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.**

הנהנים בפוליסה/בחשבון הם:

שם	מס' זהות	תאריך לידה	מען

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

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.

ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק איסור הלבנת הון, התש"ס-2000, מהווה עבירה פלילית.

חתימה X _____

תאריך _____

יב. הצהרת סוכן

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

חתימת סוכן X _____

מספר סוכן X _____

שם סוכן X _____

תאריך _____

יג. הצהרת המועמדים לביטוח חיים

- אני החתום מטה, מבקש בה ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן "מנורה מבטחים ביטוח") להצטרף לתכנית הביטוח לפי הרשום בטופס זה ובהצהרת הבריאות המצורפת (להלן "הצהרה"). אני מצהיר בזאת כי:
- א. כל התשובות המפורטות בהצעה הן נכונות ומלאות, ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום סכום הביטוח בהתאם לחוק.
 - ב. כל התשובות המפורטות בהצעה 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.
 - ג. אני מאשר ומסכים בה כן קיבלתי או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתה הבלעדי של מנורה מבטחים ביטוח והיא רשאית לדחות את ההצעה.
 - ד. ידוע לי שחובה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שההפקדה הראשונה שולמה במלואה או החברה קיבלה אמצעי תשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה ובתנאי שהמבוטח בחיים. תנאי זה הינו תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף, והכל בהתאם לתנאי הפוליסה.
 - ה. הימדיע 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>.

חתימת מועמד ראשי לביטוח X _____

חתימת מועמד משני לביטוח X _____

תאריך _____

קבלת מידע מהותי והתאמת הביטוח לצורכי המועמד

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

חתימת מועמד ראשי לביטוח X _____

חתימת מועמד משני לביטוח X _____

תאריך _____

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

1. הריני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה אחרת, המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, והנני מאשר ומסכים בזאת כי:
 - (1) הצירוף לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי;
 - (2) במעמד חתימתי על טופס הצעה זה הוסבר לי, כי 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 פוליסה 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.

חתימת מועמד ראשי לביטוח X _____

חתימת מועמד משני לביטוח X _____

תאריך _____

1. אני מסכימה/ה לא מסכימה/ה 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 אליי באמצעות דוא"ל או מסרונים וממשלוח פניות מותאמות אישית ניתן לפנות בכל עת ל <https://ds.menoramivt.co.il/marketing-disapproval/>.

חתימת מועמד ראשי לביטוח X _____

חתימת מועמד משני לביטוח X _____

תאריך _____

הוראה לחיוב חשבון

טופס 10-4

6400000275

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

פרטי כרטיס אשראי

מספר זהות ס"ב	שם בעל כרטיס אשראי	סוג הכרטיס ○ לאומי ויזה ○ ישראכרט ○ אמריקן אקספרס ○ ויזה כאל ○ דיינרס
מס' מיקוד	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 שיופנק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך חתימת בעל כרטיס אשראי _____
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
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	614



לכבוד בנק _____ סניף _____

כתובת _____

 הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות 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 _____ מספר רחוב _____ 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).

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, 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.
- ההרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- אז 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.
- 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 _____

לידעתכם: 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	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	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/נם 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-דרכם.

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

טופס גילוי נאות

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

א. פרטי המבוטח וכללי

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

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

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

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

ג. חלוקת ההפקדה הכוללת בש"ח בין המרכיבים השונים

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

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

(*) לא כולל דמי ניהול מהחיסכון המצטבר.

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

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

קנסות משיכה

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

תאריך	שם בעל הרישיון	טלפון	חתימת בעל הרישיון

שם המבוטח	מס' זיהוי	חתימת המבוטח

תאריך: _____

טופס הכר את הלקוח לעניין צו איסור הלבנת הון - יחיד

1.	שם פרטי	שם משפחה
2.	מספר מזהה _____ סוג זיהוי <input type="radio"/> תעודת זהות <input type="radio"/> דרכון	
3.	בדיהוי 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, בוצוואנה, גאנה, האמירויות, הרשות הפלסטינית, זימבבוואה, 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, ונאטו	
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. <input type="radio"/> מחזור העסקים השנתי (בש"ח), בחר: <input type="radio"/> 1 מיליון ₪ - <input type="radio"/> 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 וחתימה: _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה _____		

10. למילוי על ידי בעל הפוליסה, אם לא מולא בטופס ההצעה.			
שם הפוליסה	מספר הפוליסה	מקור הכספים שעתידיים להיות מופקדים בפוליסה	מטרת הפוליסה
<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: _____
<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: _____
<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: _____

היקף פעילות צפוי בפוליסה

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**

X

חתימה