



מספר פוליסה

קוד מחולל

הצעה לביטוח סטטוס מנהלים/עצמאים (ניוד)

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

חותרת 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 המעסיק

שם המעסיק	מספר התאגדות/ח.פ.	טלפון	מספר מעסיק ממב	מספר מעסיק ממפ
המען	מיקוד	פקס.	המען למשלוח	e-mail:

ב. פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות/דרכון	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	רווק <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ילדים
כתובת:	רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	טלפון בבית:
מקצוע	עיסוק בפועל	פקס.	טלפון נייד:	e-mail:	

ג. פרטי הפוליסה

<p>הסדר פיצויים ברירת מחדל קיים בין העובד והמעביד הסכם שחל עליו סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים התשכ"ג-1963 בהתאם לאישור כללי בדבר תשלומי מעבידים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצויי פיטורים. לתשומת ליבך, הוראות סעיף 14 יחולו על מלאו ההפקדה לרכיב הפיצויים.</p> <p>במידה וקיים לך הסדר אחר מברירת המחדל הנ"ל נא סמן את סוג ההסדר</p> <p><input type="radio"/> זכאות ללא תנאי בכפוף לתקנה 41 כ"ט לתקנות מס הכנסה תחולת זכאות ללא תנאי מתום (מועד תחילת העבודה ועד מקסימום 36 חודשים) חודשי עבודה בהעדר תחולת זכאות בטופס ההצעה, יחשב מועד תחולת הזכאות החל מתום חודש עבודה אחד.</p> <p><input type="radio"/> ללא סעיף 14</p>	<p><input type="radio"/> מנהלים <input type="radio"/> בעלי שליטה <input type="radio"/> עצמאים</p> <p>הצמדת הפקדות: <input type="radio"/> לשכר <input type="radio"/> למדד</p> <p>גיל תום תקופת הביטוח _____ (60-67) במידה שלא צויין, גיל תום יקבע לגיל 67.</p>	
	<p>תאריך תחילת עבודה אצל המעביד</p> <p>01 / ____ / 20 ____</p>	

ד. מוטבים

שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	קרבה	% חלוקה
				100%

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

ה. העברות כספים

<p>1. סך הצבירה המועברת כ- _____ ש"ח</p> <p>2. סוג המוצר</p> <table border="1"> <tr> <td>גיל המבוטח</td> <td>סוג המוצר</td> </tr> <tr> <td>עד גיל 60</td> <td>סטטוס 2015</td> </tr> </table>	גיל המבוטח	סוג המוצר	עד גיל 60	סטטוס 2015	<p>3. פרטי התוכנית המובקשת</p> <p><input type="checkbox"/> סוג התוכנית תפתח בהתאם לסוג הכספים שיועברו מהקופה המעבירה</p> <p><input type="checkbox"/> סוג התוכנית תפתח בהתאם לסימון בטבלה שלהלן:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>הקופה המעבירה</th> <th>הכיסוי הביטוחי</th> <th>הערות</th> <th>דמי ניהול מצבירה</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>קופ"ג הונית עד 31.12.007</td> <td><input type="checkbox"/> קופת גמל לתגמולים (ללא תוכנית המשך קצבה)</td> <td>- בחירה בתכנית זו תאפשר שמירה על זהות הונית של הכספים. - על הכספים ההוניים לא יחול מקדם קצבה מובטח.</td> <td>דמי ניהול 1.05% <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>קופ"ג לקצבה</td> <td><input type="checkbox"/> קופה לקצבה</td> <td rowspan="2">בחירה בתוכנית זו תגרום לאובדן הזהות הונית של הכספים</td> <td rowspan="2">* _____ %</td> </tr> <tr> <td>קופ"ג לקצבה</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> קופה לקצבה</td> </tr> </tbody> </table>	הקופה המעבירה	הכיסוי הביטוחי	הערות	דמי ניהול מצבירה	קופ"ג הונית עד 31.12.007	<input type="checkbox"/> קופת גמל לתגמולים (ללא תוכנית המשך קצבה)	- בחירה בתכנית זו תאפשר שמירה על זהות הונית של הכספים. - על הכספים ההוניים לא יחול מקדם קצבה מובטח.	דמי ניהול 1.05% <input type="checkbox"/>	קופ"ג לקצבה	<input type="checkbox"/> קופה לקצבה	בחירה בתוכנית זו תגרום לאובדן הזהות הונית של הכספים	* _____ %	קופ"ג לקצבה	<input checked="" type="checkbox"/> קופה לקצבה
גיל המבוטח	סוג המוצר																		
עד גיל 60	סטטוס 2015																		
הקופה המעבירה	הכיסוי הביטוחי	הערות	דמי ניהול מצבירה																
קופ"ג הונית עד 31.12.007	<input type="checkbox"/> קופת גמל לתגמולים (ללא תוכנית המשך קצבה)	- בחירה בתכנית זו תאפשר שמירה על זהות הונית של הכספים. - על הכספים ההוניים לא יחול מקדם קצבה מובטח.	דמי ניהול 1.05% <input type="checkbox"/>																
קופ"ג לקצבה	<input type="checkbox"/> קופה לקצבה	בחירה בתוכנית זו תגרום לאובדן הזהות הונית של הכספים	* _____ %																
קופ"ג לקצבה	<input checked="" type="checkbox"/> קופה לקצבה																		

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

אפי" 08/2019

ו. שאלות לעניין צו איסור הלבנת הון - הכר את הלקוח (למילוי בפוליסת עצמאים בלבד)

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

ז. מסלולי השקעה

מבטוח בהסכם ללא סעיף 14 לחוק פיצויי פטורים או עם זכאות בלא תנאי בכפוף לתקנה 41 כ"ט לתקנות מס הכנסה	פיצויים		תגמולים		מנורה ביטוח תלוי גיל - ברירת מחדל * מנורה ביטוח מניות מנורה ביטוח מניות בחו"ל מנורה ביטוח מט"ח מנורה ביטוח שקלי מנורה ביטוח אג"ח צמוד מדד מנורה ביטוח שקלי טווח קצר מנורה ביטוח אג"ח ממשלת ישראל מנורה ביטוח אג"ח ממשלת ישראל צמוד מדד מנורה ביטוח הלכה מנורה ביטוח לבני 50 ומטה ** מנורה ביטוח לבני 50 עד 60 ** מנורה ביטוח לבני 60 ומעלה **
	העברות	שוטף	העברות	שוטף	
לגבי מרכיב הפיצויים, מסלול שונה מברירת המחדל (מנורה ביטוח תלוי גיל) יקבע ע"י העובד רק בכפוף לאישור מעביד. בהיעדר אישור המעביד, יושקע מרכיב הפיצויים במסלול השקעה בהתאם לברירת המחדל בפוליסה.	%	%	%	%	
תאריך: _____ חתימת המעסיק <input checked="" type="checkbox"/>	%	%	%	%	
ניתן לקבל מידע על המסלולים ודברי הסבר באתר האינטרנט של "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ".	%	%	%	%	
* מסלול תלוי גיל התואם את גיל המבטוח, נכון למועד תחילת הביטוח. במסלול זה בגיל המעבר תעבור אוטומטית למסלול המתאים לגילך.	%	%	%	%	
** מסלול שאינו ברירת מחדל. בעת בחירה במסלול זה לא תתבצע ההעברה בגיל המעבר למסלול השקעה תלוי גיל הבא.	%	%	%	%	
	100%	100%	100%	100%	סה"כ

אפי" 08/2019

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

ח. הצהרת בעל הרישיון

אני מצהיר בזה כי שאלתי את המועמד/ת בעל/ת הפוליסה את כל השאלות המופיעות לעיל, והתשובות הן כפי שנמסרו/ו לי אישית על-ידי הפוליסה ועל-ידי המועמד לביטוח.

תאריך: _____ שם בעל הרישיון מספר בעל הרישיון חתימת בעל הרישיון

ט. 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 המבוטח, למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה.
 יש נהנה בזכויות כאמור ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים. הסיבה לכך: _____
אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.
 הנהנים בפוליסה/בחשבון הם: _____

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

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

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.

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

תאריך: _____ חתימה

י. הצהרת המבוטח

הצהרות המבוטח:

אני החתום מטה, המבוטח, מבקש להצטרף כמבוטח לתכנית הביטוח מבטחים ביטוח בע"מ (להלן מנורה מבטחים ביטוח), לפי הרשום בטופס זה (להלן "הצעה").
 אני מצהיר 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 תגומי 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 לחזרה הביטוח ביני לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
 - ג. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעת בלעדי של מנורה מבטחים ביטוח היא רשאית לדחות את ההצעה.
 - ד. ידוע לי שחזרה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שההפקדה הראשונה שולמה במלואה או החברה קיבלה אמצעי תשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה ובתנאי שהמבוטח בחיים והכל בהתאם ובכפוף לתנאי הפוליסה.
 - ה. 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.
 - ו. ידוע לי ומוסכם עליי כי ביחס לרכיב הפיצויים בפוליסה, בהעדר זכאות ללא תנאי ו/או הסכם על פי האישור הכללי ו/או בהינתן הסכם קיבוצי ו/או הסכם אחר לפי סעיף 26 לחוק פיצויי פיטורין, התשכ"ג - 1963 המעסיק יהיה רשאי לקבל חזרה את הכספים שנוצרו ברכיב הפיצויים בכפוף לקבלת הצהרת המעסיק בכתב כי העובד אינו זכאי לפיצויי פיטורין ובצירוף כתב שיפוי לטובת מנורה מבטחים ביטוח בע"מ בנוסח שהונח על ידה.
 - ז. אני מצהיר/ה בזה כי המידע שנמסר מעת לעת על-ידי ו/או אודותי, ניתן ונאסף מרצוני ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או 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 המבוטח

ח. אני מסכימה/ה כי המידע שנמסר על-ידי ו/או אודותי יישמש 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 אודותי, ולרבות באמצעות דוא"ל ומסרונים. ידוע לי כי אני רשאית, בכל עת, להודיע לחברה בכתב על כך שאיני מעוניינת בקבלת הצעות שיווקיות כאמור.*

*חתימה על סעיף זה איננה מהווה תנאי להתקשרותך עם החברה.
 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 שיועברו אליהם ע"י חברות הביטוח.
במידה ואינך מעוניין שנעביר הנתונים לרשות שוק ההון, ניתן לפנות לחברתנו בבקשה להסרה מהדיווח בכתובת המייל Har.bit@menora.co.il.
לידיעתך, אי העברת הנתונים לרשות שוק ההון תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
כמו כן, רשות שוק ההון הקימה מאגר נוסף, המאפשר למבוטחים ולמוטבים של מבוטחים שנפטרו, לאתר חסכונות פנסיוניים. במידה והנך מעוניין שבקשת ההסרה תחול גם על הנתונים המועברים למאגר זה אנא ציין זאת בבקשתך.

הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדוח התקופתי (להלן – המסמכים) ישלחו אליך בדואר אלקטרוני או באמצעות מסרון לטלפון הנייד. ככל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל, יש לציין בהמשך את כתובת הדואר למשלוח המסמכים. באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי ההתקשרות עמנו באמצעות פניה למקד 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.

19/08/2019 "אפי"

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.

"אפי" 08/2019

¹ "מי מטעמו" - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות בביקוח 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 כהגדרתו בסעיף 31(ז)(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

(3) סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל	(2) מספר הקידוד של המוצר (חובה)	(1) מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

* 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

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

מספר תיק
מספר פוליסה

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 והתקנות 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
<input type="checkbox"/> עמית פעיל <input type="checkbox"/> עמית לא פעיל <input type="checkbox"/> בקופת הגמל המעבירה	

2. בקשת העברה

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

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

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

<input type="checkbox"/> מלוא הכספים (ברירת מחדל)	<input type="checkbox"/> סך של _____ ש"ח	<input type="checkbox"/> שיעור של _____ %	<input type="checkbox"/> 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 השקעה (ברירת מחדל) ממסלולי השקעה _____

בחישוב מספר:	מספר חשבון בקופת הגמל המעבירה	שם קופת גמל המעבירה	
לחישוב מספר:	מספר פוליסה בקופה המקבלת	שם הפוליסה	
		<input type="checkbox"/> 4234 - סטטוס <input type="checkbox"/> 4234 - 2015 סטטוס <input type="checkbox"/> בהתאם לסוג קופות הגמל שהיו בחשבוני בקופה המעבירה. <input type="checkbox"/> שהיא <input type="checkbox"/> קופ"ג לקצבה שהיא קופת ביטוח <input type="checkbox"/> קופ"ג לתגמולים שהיא קופת ביטוח <input type="checkbox"/> קופ"ג אישית לפיצויים שהיא קופת ביטוח <input type="checkbox"/> 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 השקעה שמהם תרצה להעביר את הכספים, היא העברת מלוא הכספים שנצברו בחשבונך בקופה המעבירה, בכל מרכיב החשבון ובכל מסלולי השקעה.

3. הצהרות העמית

אני מצהיר כי קיבלתי את התנאים לעניין הכיסוי הביטוחי בקופת הגמל המקבלת וכי אוסברו לי תנאים אלה, ככל שנקבעו תנאים כאמור. **חתימת העמית** _____

- לגבי עמית נתון לאפטרופוסות - שם האפטרופוס _____ ו**חתימתו** _____
- אני נותן בזה את הסכמתי לכך שמתסרת את כל הפרטים, הנתונים והמסמכים שיש לכם לגבי, ובכלל זה פירוט בדבר התנאים או הסייגים שנקבעו לגבי בקופה המעבירה לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכונים מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכוני 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.
 - ידוע לי, כי החל במועד הקובע ואילך תהיו פטורים מלשלם לי כל תשלום שהוא, לרבות בשל חבות ביטוחית, הנובע מהכספים שהועברו לקופת הגמל המקבלת.
 - אני מצהיר, כי למיטב ידיעתי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו מתקיימים כל התנאים המפורטים להלן:
 - לא קיים צו עיקול על חשבוני בקופת הגמל המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל.
 - לא קיים שעבוד שנעשה כדון על חשבוני בקופת הגמל המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל.
 - לא קיימת בחשבוני בקופת הגמל המעבירה יתרת חוב בשל הלואה שטרם נפרעה במלואה.
 - לא התחלתי לקבל קצבת זקנה מקופת הגמל המעבירה.
 - לא הגשתי בקשה לקבלת קצבת נכות מקופת הגמל המעבירה שעודה תלויה ועומדת ולא אושרה זכאותי לקבלת קצבת נכות מקופת הגמל המעבירה שטרם פקעה.

ידוע לי, כי ככל שמתקיימים לגבי במועד חתימתי על בקשת העברה זו ועד למועד ההעברה אחד מהתנאים האמורים, תבוטל 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 במועד המועד הקובע כעמית לא פעיל.

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

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

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

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

לגבי עמית נתון לאפטרופוסות - 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.

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, האמירויות, הרשות הפלסטינית, טורקמניסטן, טרינידד וטובגו, ירדן, לבנון, לוב, מלזיה, מצרים, מרוקו, סאו טומה ופרינסיפה, סודן, סומליה, סוריה, סעודיה, סרי לנקה, עיראק, פקיסטן, קוריאה הצפונית, תוניס, תימן, אנדורה, אנגוילה, ארובה, איי בהאמה, בליז, ברמודה, איי הבתולה, איי קיימן, איי קוק, קפריסין, גיברלטר, גורנזי, איי מאן, ג'רסי, ליכטנשטיין, מקאו, מלזיה, מונקו, מונטסראט, האנטילים ההולנדיים, פלאו, פנמה, סמואה, איי סיישל, איי טורקס וקאיקוס, ונואטו	
6.	בעל עסק: <input type="radio"/> איני בעל עסק <input type="radio"/> יש בבעלותי עסק, ענף הפעילות של העסק (נא מלא סעיפים א, ב): א. <input type="radio"/> חלפנות כספים / שירותי מטבע <input type="radio"/> הימורים <input type="radio"/> ארגון ללא מטרת רווח <input type="radio"/> בית השקעות <input type="radio"/> קרן הון סיכון <input type="radio"/> הלוואות פרטיות <input type="radio"/> סחר בנשק <input type="radio"/> יועץ נדל"ן <input type="radio"/> מסחר וכריית מטבעות דיגיטליים, או מתכות <input type="radio"/> בלדרות. <input type="radio"/> גיוס תרומות* <input type="radio"/> סחר ביהלומים/זהב* (*מלא שאלון מורחב) <input type="radio"/> אחר ציין את ענף הפעילות של העסק: _____ ב. מחזור העסקים השנתי (בש"ח), בחר: <input type="radio"/> 1 - <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 פרטי ומשפחה		שם חתימה: _____ X _____

10. למילוי על ידי בעל הפוליסה, אם לא מולא בטופס ההצעה.

שם הפוליסה	מספר הפוליסה	מקור הכספים שעתידים להיות מופקדים בפוליסה	מטרת הפוליסה	היקף פעילות צפוי בפוליסה
<input type="radio"/> סטטוס <input type="radio"/> טופ פייננס <input type="radio"/> טופ גולד <input type="radio"/> טופ קידס		<input type="radio"/> חסכונות / השקעות / הלוואות <input type="radio"/> ירושה <input type="radio"/> משכנתא/ נדל"ן / מכירת דירה או עסק <input type="radio"/> משכורת / הכנסה מעסק / חבר קיבוץ <input type="radio"/> כספי ביטוח/קצבה/ניוד <input type="radio"/> תרומות <input type="radio"/> מלגות/מענקים/מתנות/זכיה <input type="radio"/> אחר. פרט: _____	<input type="radio"/> חסכון לילד / לנכד <input type="radio"/> חסכון לדירה <input type="radio"/> חסכון לפרישה / גמלא / קצבה <input type="radio"/> עובד זר <input type="radio"/> מענק לבכיר <input type="radio"/> השקעה לטווח קצר/בינוני <input type="radio"/> השקעה לטווח ארוך/שש <input type="radio"/> שנים ומעלה <input type="radio"/> אחר. פרט: _____	הפקדות חד פעמיות צפויות: <input type="radio"/> אף פעם לא <input type="radio"/> לעתים מזדמנות <input type="radio"/> לעתים רחוקות <input type="radio"/> הפקדות מחו"ל משיכות צפויות: <input type="radio"/> לעתים מזדמנות <input type="radio"/> לעתים רחוקות <input type="radio"/> גמלא <input type="radio"/> אנונה
<input type="radio"/> סטטוס <input type="radio"/> טופ פייננס <input type="radio"/> טופ גולד <input type="radio"/> טופ קידס		<input type="radio"/> חסכונות / השקעות / הלוואות <input type="radio"/> ירושה <input type="radio"/> משכנתא/ נדל"ן / מכירת דירה או עסק <input type="radio"/> משכורת / הכנסה מעסק / חבר קיבוץ <input type="radio"/> כספי ביטוח/קצבה/ניוד <input type="radio"/> תרומות <input type="radio"/> מלגות/מענקים/מתנות/זכיה <input type="radio"/> אחר. פרט: _____	<input type="radio"/> חסכון לילד / לנכד <input type="radio"/> חסכון לדירה <input type="radio"/> חסכון לפרישה / גמלא / קצבה <input type="radio"/> עובד זר <input type="radio"/> מענק לבכיר <input type="radio"/> השקעה לטווח קצר/בינוני <input type="radio"/> השקעה לטווח ארוך/שש <input type="radio"/> שנים ומעלה <input type="radio"/> אחר. פרט: _____	הפקדות חד פעמיות צפויות: <input type="radio"/> אף פעם לא <input type="radio"/> לעתים מזדמנות <input type="radio"/> לעתים רחוקות <input type="radio"/> הפקדות מחו"ל משיכות צפויות: <input type="radio"/> לעתים מזדמנות <input type="radio"/> לעתים רחוקות <input type="radio"/> גמלא <input type="radio"/> אנונה
<input type="radio"/> סטטוס <input type="radio"/> טופ פייננס <input type="radio"/> טופ גולד <input type="radio"/> טופ קידס		<input type="radio"/> חסכונות / השקעות / הלוואות <input type="radio"/> ירושה <input type="radio"/> משכנתא/ נדל"ן / מכירת דירה או עסק <input type="radio"/> משכורת / הכנסה מעסק / חבר קיבוץ <input type="radio"/> כספי ביטוח/קצבה/ניוד <input type="radio"/> תרומות <input type="radio"/> מלגות/מענקים/מתנות/זכיה <input type="radio"/> אחר. פרט: _____	<input type="radio"/> חסכון לילד / לנכד <input type="radio"/> חסכון לדירה <input type="radio"/> חסכון לפרישה / גמלא / קצבה <input type="radio"/> עובד זר <input type="radio"/> מענק לבכיר <input type="radio"/> השקעה לטווח קצר/בינוני <input type="radio"/> השקעה לטווח ארוך/שש <input type="radio"/> שנים ומעלה <input type="radio"/> אחר. פרט: _____	הפקדות חד פעמיות צפויות: <input type="radio"/> אף פעם לא <input type="radio"/> לעתים מזדמנות <input type="radio"/> לעתים רחוקות <input type="radio"/> הפקדות מחו"ל משיכות צפויות: <input type="radio"/> לעתים מזדמנות <input type="radio"/> לעתים רחוקות <input type="radio"/> גמלא <input type="radio"/> אנונה

אני מצהיר בזאת שמסרתי מידע מלא ומהימן בכל מקרה של שינוי בפרטים שניתנו בטופס זה, אני מתחייב/ת להגיש טופס חדש.

שם וחתומה:

שם פרטי ומשפחה

חתימה