



הצעה לביטוח סטטוס מנהלים

מספר פוליסה

קוד מחולל

 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 המעסיק

שם מעסיק	מספר התאגדות/ח.פ.	טלפון	מספר מעסיק ממ"ב	מספר מעסיק ממ"פ
המען	מיקוד	פקס.	המען למשלוח	e-mail:

ב. פרטי המבוטח

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

ג. תכנית ביטוח יסודית

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 פיצוי פיטורים. לתשומת ליבך, הוראות סעיף 14 יחולו על מלוא ההפקדה לרכיב הפיצויים.	תאריך תחילת עבודה אצל המעביד 01 / ____ / 20 ____	<input type="radio"/> מנהלים <input type="radio"/> בעלי שליטה
		הצמדת הפקדות: <input type="radio"/> לשכר <input type="radio"/> למדד
		גיל תום תקופת הביטוח _____ (60-67) במידה שלא צויין, גיל תום יקבע לגיל 67.
במידה וקיים לך הסדר אחר מברירת המחדל הנ"ל נא סמן את סוג ההסדר <input type="radio"/> זכאות ללא תנאי בכפוף לתקנה 41 כ"ט לתקנות מס הכנסה תחולת זכאות ללא תנאי מתום _____ חודשי עבודה (ממועד תחילת העבודה ועד מקסימום 36 חודשים) בהעדר תחולת זכאות בטופס ההצעה, יחשב מועד תחולת הזכאות החל מתום חודש עבודה אחד. <input type="radio"/> ללא סעיף 14		

ד. הפקדות לקופה לקצבה

פיצויים	משכר _____ %	הפקדות מעביד שכר מבוטח ש"ח _____
תגמולים	משכר _____ %	
<input type="radio"/> אובדן כושר עבודה מתוך ההפקדות <input type="radio"/> אובדן כושר עבודה על חשבון מעביד מחוץ להפקדות	מתוך ההפקדות עד 2.5% משכר, או שיעור גבוה יותר של _____% משכר. בתקופה שבה עלות הכיסוי בפועל תעלה על שיעור ההפקדה המקסימלי שנקבע לאכ"ע, יוקטן שיעור הפיצוי בתקופה שבה עלות הכיסוי בפועל תפחת משיעור הפיצוי שצוין, תחול עלות הכיסוי בפועל.	
תגמולי עובד	משכר _____ %	הפקדות עובד

ה. תכנית החסכון, סכומי ביטוח למקרה מוות ודמי ניהול בביטוח מנהלים

<input type="radio"/> סוג המוצר <input type="radio"/> סטטוס 2015 <input type="radio"/> סטטוס*	דמי ניהול <input type="radio"/> טופס 5000 פלוס** 3% מהפקדה 0.5% מצבירה <input type="radio"/> מסלול רגיל 4% מהפקדה 1.05% מצבירה <input type="radio"/> אחר: _____% (נדרשת חתימה מטה) שם המאשר: _____ חתימה: _____	הכיסוי הביטוחי <input type="radio"/> ריסק 1*** *** כיסוי ביטוחי זה ירכש בפוליסה נפרדת (פרט). המכירה הינה אגב יעוץ פנסיוני ונדרשת הנמקה במכירה זו. כמו כן יש למלא הוראה לחיוב חשבון.
---	---	---

* בהתאם לחוזר מקדמי קצבה המגלמים הבטחת תוחלת חיים, ניתן לרכוש מוצר זה בהפקה של פוליסה חדשה למבוטחים מגיל 60 ומעלה.
 ** מסלול טופס 5000 פלוס יינתן לפוליסה עם הפקדות מינימליות בגובה 17.5% לתגמולים ופיצויים עם שכר מבוטח של 5,000 ₪ ומעלה.

1. כיסוי אובדן כושר עבודה

אובדן כושר עבודה - טופ לעיתים - בפרמיה משתנה *
 שיעור פיצוי חודשי משכר % _____

נרכש כיסוי ביטוחי זה מתוך ההפקדות לתגמולים בפוליסה, שיעור הפיצוי החודשי 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, שיעור הפיצוי שיקבע יכול שיהיה נמוך משיעור הפיצוי שהתבקש בטופס ההצעה לעיל.

הרחבות לאובדן כושר עבודה

הגדרת עיסוק ספציפי (עבור עיסוקים המוגדרים כצווארון לבן)

קיצור תקופת המתנה לחודש ימים.

תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת המתנה (פרנציזה).

(ככל שנרכשה תקופת המתנה של חודש אחד, הרחבה זו לא תרכש אף אם סומנה).

ביטול קיזוז ביטוח לאומי (גמלת תאונות עבודה).

הארכת תקופת ההצמדה למדד של הפיצוי ל 60 חודשים

הגדלת תגמולי ביטוח בתקופת תשלום הפיצוי 1% לשנה 2% לשנה

הגדלת תקרת גג חתם 20% 25%

הצהרות בעל רישיון

1. הצהרה לעניין כיסוי ביטוח קיים - אני מצהיר בזה כי ביצעתי את כל החובות המוטלים עליי על פי חוזר שיוק תוכנית לביטוח מפני אובדן כושר עבודה (חוזר מס' 8-2018 או כל חוזר אחר שיחליפו) לרבות בקשה למידע חד פעמי באמצעות המסלקה הפנסיונית והנני מצהיר כי נכון למועד חתימת ההצעה, הכיסוי הנרכש בהצעה זו הינו לכיסוי רובד שכר שלא מבוסס בחברת ביטוח בשיעור של 75% ושאינו מבוסס בקרן פנסיה.

2. הגדרת עיסוק ספציפי * - פרטתי למבוסס את האירועים הביטוחיים שבגינם יש צורך בהרחבה זו ואת העיסוקים שאליהם בקרות אותם אירועים, ביחס לנתוניו במועד זה, יופנה אם לא ירכוש את ההרחבה.

* במידה ונרכשה הגדרה עיסוקית

תאריך: _____ **חתימת בעל הרישיון X**

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

2. העברות כספים

1. סך הצבירה המועברת _____ ש"ח

2. סוג המוצר

גיל המבוסס	סוג המוצר
עד גיל 60	☑ סטטוס 2015
מגיל 60 ומעלה	<input type="radio"/> סטטוס 2015
	<input type="radio"/> סטטוס

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 הונית עד 31.12.007	<input type="radio"/> קופת גמל לתגמולים (ללא תוכנית המשך קצבה)	- בחירה בתוכנית זו תאפשר שמירה על הזהות הונית של הכספים. - על הכספים ההוניים לא יחול מקדם קצבה מובטח.	דמי ניהול 1.05% <input type="radio"/>
<input type="radio"/> קופה לקצבה		בחירה בתוכנית זו תגרסם לאובדן הזהות הונית של הכספים	<input type="radio"/> % * _____
<input checked="" type="checkbox"/> קופה לקצבה			

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

3. מסלולי השקעה

מבוסס בהסכם ללא סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים או עם זכאות בלא תנאי בכפוף לתקנה 41 כ"ט לתקנות מס הכנסה 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.	תגמולים		פיצויים	
	שטף	העברות	שטף	העברות
מנורה ביטוח תלוי גיל - ברירת מחדל *	%	%	%	%
מנורה ביטוח מניית	%	%	%	%
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 20/80	%	%	%	%
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 **	%	%	%	%
סה"כ	100%	100%	100%	100%

תאריך: _____ **חתימת המעסיק X**

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

* מסלול תלוי גיל התואם את גיל המבוסס, 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.

4. 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.

5. 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 X** _____ **מספר בעל הרישיון X** _____ **חתימת בעל הרישיון X**

03/2020 "פ"9

יא. 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:
- 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.
 - 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 לחזוה הביטוח ביני לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
 - אני מאשר ומסכים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעת בלעדי של מנורה מבטחים ביטוח היא רשאית לדחות את ההצעה.
 - ידוע לי שחזוה 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.
 - 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.
 - 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 שנצברו ברכיב הפיצויים בכפוף לקבלת הצהרת המעסיק בכתב כי העובד אינו זכאי לפיצויי פיטורים ובצירוף כתב שיפוי לטובת מנורה מבטחים ביטוח בע"מ בנוסח שהוכן על ידי.
 - 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 לדיון. לעדכון פרטים ניתן לפנות בכל עת למוקד שירות הלקוחות (2000*). כדי ללמוד עוד על פרטיותך מומלץ לעיין במדיניות הפרטיות שלנו בכתובת: <https://menora.click/privacypolicy>

תאריך: _____ **חתימת המבוטח**

ח. 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 שמסרת. 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 שיועברו אליהם ע"י חברות הביטוח.
במידה ואינך מעוניין שנבדיר הנתונים לרשות שוק ההון, ניתן לפנות לחברתנו בבקשה להסרה מהדיווח בכתובת המייל Har.bit@menora.co.il.
כמו כן, רשות שוק ההון הקימה מאגר נוסף, המאפשר למבוטחים ולמוטבים של מבטחים 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. 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.

יב. 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 מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

פרטי המטופל: (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחותם הינו האפוסטרופוס 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 _____

"אפי" 03/2020

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

י.ג. 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) אם כן, פרט ומלא שאלון תחביבים מתאים			האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? אם כן, פרט ומלא שאלון טיס			
○ לא ○ כן			○ לא ○ כן			

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 _____ כמות ביום _____ ○ לא - במידה שעישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות? ○ כן ○ לא * לתשומת לבך, 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 אלקוהול	
2.	אלכוהול: צרכת אלקוהול כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/ יין או משקה אלקוהולי אחר באופן קבוע.	כן / לא	שאלון סמים	
3.	סמים: האם צרכת סמים בהווה/ בעבר?	כן / לא	שאלון היסטוריה משפחתית	
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 נכות	
5.	נכות אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצאת/ בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצאת ב-אי כושר עבודה כעת?	כן / לא	שאלון בדיקות	
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	שאלון אשפוזים	
7.	אשפוזים: האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית? (לידה אינה אשפוז)	כן / לא	שאלון ניתוחים	
8.	ניתוחים: האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?	כן / לא	שאלון תרופות	
9.	תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?	כן / לא	האם אובחנת במהלך חיך במחלות / הפרעות ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:	
1.	מערכת העצבים והמוח - לרבות טרשת נפוצה, תסמונת דאון, אוטיזם, גושה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיתוק האם פנית 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 (פרפיריאלי)	כן / לא	שאלון מערכת הלב וכלי 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 יתרת הכליה, בלוטת הפאראתירואיד	כן / לא	שאלון סוכרת	
6.	מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני	כן / לא	שאלון שומנים בדם	
7.	מערכת העיכול - לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלבלב, פי הטבעת	כן / לא	שאלון בלוטת המגן	
8.	מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד	כן / לא	שאלון בלוטת המגן	
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, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת ואלרגיות	כן / לא	שאלון דרכי נשימה/אסטמה	
11.	מחלות ראומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאوت, לופוס/זאבת, פיברומיאליגיה וקדחת ים תיכונית (FMF), תסמונת תשישות כרונית, סקלרוזרמה	כן / לא	שאלון ראומטולוגיות	
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/אוסטיאופניה), פרטס, מחלת פרקים ניוונית (אוסטוארטרוזיס)	כן / לא	שאלון גב ועמוד שדרה	
13.	מערכת עיניים וראייה - לרבות בעיות הקשורות לעיניים, ליקוי ראייה מעל מספר 8 בעדשות, הפרדת רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני) קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס	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 ואיידס/ נשא HIV	כן / לא	שאלון 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 שריני, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פריון. האם את בהריון כעת? _____ באיזה שבוע? _____?	כן / לא	שאלון נשים	

הערות:

חתימת מועמד X

תאריך: _____

הוראה לחיוב חשבון

טופס 4-10
6400000275

חונתמת 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

שם בעל כרטיס אשראי	מספר זהות מס' 0	סוג הכרטיס	תוקף עד
כתובת: ישוב רחוב מס' מיקוד		<input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראל כאל <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> דינרס	
תאריך חתימת בעל כרטיס האשראי _____ מנורה מכבדת כרטיסי אשראי מקומיים בלבד (לא כרטיסי אשראי מחו"ל) ואינה מכבדת כרטיסי דירקט וכרטיסים נטענים.			

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

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק	מספר חשבון בנק
קוד מוסד 614	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	לכבוד בנק _____ סניף _____	תאריך חתימת בעל החשבון _____
		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.

- אני/הח"מ _____ מספר זהות/ח"פ _____ מכתובת _____ רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____
 שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____
- מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיוצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
 2. כמון יחולו ההוראות הבאות:
 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 ע"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, הזכינו ייעשה בערך יום מתן הודעת 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 מסלוקה בנק	מספר חשבון בנק
קוד מוסד 614	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	לכבוד: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ ת.ד. 927, תל-אביב 6100802	קבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/נס 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 מיניעה 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 בהתחייבותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.
		תאריך _____ בנק _____ סניף _____	

אישור הבנק - חתימה וחונתמת

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

(נספח ב)

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 פנסיונית) (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 31ט(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.

חוצץ : 132
 קוד סריקה (נספח ב' 1) 400
 קוד סריקה (נספח ב' 2) 401

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

מספר תיק
מספר פוליסה



נספח א'
בקשת העברה לקופת ביטוח
המאושרת כקופת 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 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="radio"/> עמית פעיל <input type="radio"/> עמית לא פעיל <input type="radio"/> בקופת הגמל המעבירה	

2. בקשת העברה

1. לגבי עמית הרוכש כיוסיים ביטוחיים במסגרת הקופה המקבלת: אני מצהיר כי קיבלתי את התנאים לעניין הכיוסי 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="radio"/> מלוא הכספים (ברירת מחדל)	<input type="radio"/> סך של _____ ש"ח	<input type="radio"/> שיעור של % _____	<input type="radio"/> 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	בקופת גמל:	שם קופת גמל המעבירה
לחשבון מספר:	מספר פוליסה בקופה המקבלת	שם הפוליסה	<input type="radio"/> בהתאם לסוג קופות הגמל שהיו בחשבוני בקופה המעבירה. שהיא <input type="radio"/> קופ"ג לקצבה שהיא קופת ביטוח <input type="radio"/> קופ"ג לתגמולים שהיא קופת ביטוח <input type="radio"/> קופ"ג אישית לפיצויים שהיא קופת ביטוח <input type="radio"/> אחר

ולאחר שקראתי בעיון את התנאים שנקבע לעניין הכיוסי 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 הכיוסי הביטוחי בקופת הגמל המקבלת וכי אוסברו לי תנאים אלה, ככל שנקבעו תנאים כאמור. **חתימת העמית** _____

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

1. אני נותן 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 הכיוסי הביטוחי לסיכוני מוות או הכיוסי 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.

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 כדיון 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 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, יאחשב 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 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.