



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	מ' <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נ' <input type="radio"/> נקבה	אלמן <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> ילדים
כתובת:	רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	טלפון בית:
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 פיצויי 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*** <input type="radio"/> ש"ח סכום ביטוח *** 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 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 לעיתיד - 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 המסלוקה הפנסיונית והנני מצהיר כי נכון למועד חתימת ההצעה, הכיסוי הנרכש בהצעה זו הינו לכיסוי רובד שכר שלא מבוטח בחברת ביטוח בשיעור של 75% ושאינו מבוטח בקרן פנסיה.

2. הגדרת עיסוק ספציפי * - פרטתי למבוטח את האירועים הביטוחיים שבגינם יש צורך בהרחבה זו ואת העיסוקים שאליהם בקרות אותם אירועים, ביחס לנתוניו במועד זה, יפנה 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 כ- ש"ח _____

2. סוג המוצר

גיל המבוטח	סוג המוצר
עד גיל 60	<input checked="" type="checkbox"/> סטטוס 2015
מגיל 60 ומעלה	<input type="checkbox"/> סטטוס 2015 <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> קופת גמל לתגמולים (ללא תוכנית המשך קצבה)	- בחירה בתוכנית זו תאפשר שמירה על הזהות הונית של הכספים. - על הכספים הונויים לא יחול מקדם קצבה מובטח.	דמי ניהול 1.05% <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> קופה לקצבה	<input type="checkbox"/> קופה לקצבה	בחירה בתוכנית זו תגרסם לאובדן הזהות הונית של הכספים	<input type="checkbox"/> % * _____
<input checked="" type="checkbox"/> קופ"ג לקצבה	<input checked="" type="checkbox"/> קופה לקצבה		

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

3. מסלולי השקעה

מבוטח בהסכם ללא סעיף 14 לחוק פיצויי פטורים 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.	פיצויים		תגמולים		מנורה ביטוח תלוי גיל - ברירת מחדל *
	העברות	שוטף	העברות	שוטף	
	%	%	%	%	מנורה ביטוח מניית
	%	%	%	%	מנורה ביטוח מניית בחו"ל
	%	%	%	%	מנורה ביטוח מט"ח
	%	%	%	%	מנורה ביטוח אג"ח
	%	%	%	%	מנורה ביטוח שקלי טווח קצר
	%	%	%	%	מנורה ביטוח 20/80
	%	%	%	%	מנורה ביטוח אג"ח ממשלת ישראל
	%	%	%	%	מנורה ביטוח הלכה
	%	%	%	%	מנורה ביטוח לבני 50 ומטה **
	%	%	%	%	מנורה ביטוח לבני 50 עד 60 **
	%	%	%	%	מנורה ביטוח לבני 60 ומעלה **
	100%	100%	100%	100%	סה"כ

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

* מסלול תלוי גיל התואם את גיל המבוטח, 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.

תאריך: _____ **חתימת המעסיק X** _____

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** _____

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:
 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 לחזוה 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 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.
 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 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 ידיה.
 ז. 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: _____ **X** **חתימת המבוטח**

ח. אני מסכימה/ לא מסכימה/ 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: _____ **X** **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 שנפרטו, 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.

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 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.

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 _____

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 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	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.
4.	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 נכות שאלון פציעות
5.	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
6.	אשפוזים: האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית? (לידה אינה אשפוז)	כן / לא	
7.	ניתוחים: האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?	כן / לא	
8.	תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?	כן / לא	פרטי/ את שם התרופה, והסיבה לנטילתה
9.	תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?	כן / לא	
האם אובחנת במהלך חיך במחלות / הפרעות / ואו 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 (פרפיראלי)	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 יתרת 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, הלבלב, 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, 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	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/אוסטיאופניה), פרטס, מחלת פרקים ניונית (אוסטוארטרוזיס)	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, 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	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 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

מספר הסוכן	שם הסוכן	תאריך תחילת ביטוח	חומת 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 מס' ב"ס	שם בעל כרטיס אשראי	סוג הכרטיס	בתוקף עד
מס' מיקוד	כתובת: יישוב רחוב מס'	<input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראל כאל <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> דינרס	
		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 שיונפק וישיא 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 מסלוקה בנק
קוד מוסד 614	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	



לכבוד בנק _____ סניף _____

כתובת _____

 הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

 או הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: תקרת סכום החיוב - ש"ח _____ מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום - _____

אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק. על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אני/ה הח"מ _____ שם בעלי החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות/ח"פ _____ מכתובת _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

- מבקשים בזה 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).
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.
 - אם 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.
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
קוד מוסד 614	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	

לכבוד:

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

ת.ד. 927, תל-אביב 6100802

קיבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שצוינו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל על-פי המפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל על-פיהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויות כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

אישור הבנק - חתימה וחומתם

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

☐ צורך 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 מסי

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

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" 12/2018

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, הלואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש.

⁴ **"מוצר פנסיוני"** - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה 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 כקופת גמל עמית שכיר / עצמאי

לכבוד

מספר תיק
מספר פוליסה

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 _____

בחשבון מספר:	מספר חשבון בקופת הגמל המעבירה	בקופת גמל:	שם קופת גמל המעבירה
לחשבון מספר:	מספר פוליסה בקופה המקבלת	שם הפוליסה <input type="radio"/> 4234 - סטטוס <input type="radio"/> 4234 - 2015 סטטוס	<input type="radio"/> בהתאם לסוג קופות הגמל שהיו בחשבוני בקופה המעבירה. <input type="radio"/> 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** _____
- 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.
 - 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 כדיון על חשבוני בקופת הגמל המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל.
 - לא קיימת בחשבוני בקופת הגמל המעבירה יתרת חוב בשל הלוואה 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, 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.