



הצעה לביטוח סטטוס עצמאים

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.

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 המבוטח

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

ב. פרטי הפוליסה

אופן התשלום: חובה לבחור אחת מהאפשרויות הבאות:

- כרטיס אשראי (יש למלא טופס הוראה לחיוב חשבון)
- הוראת קבע חדשה לחיוב חשבון בנק (יש למלא טופס הוראה לחיוב חשבון)
- הוראת קבע לחיוב חשבון בנק, הקיימת בחברתנו. להלן אישור לשימוש בהוראה זו:

הריני מאשר לגבות את דמי הביטוח עבור התכנית/יות המפורטות בטופס זה, באמצעות הוראת קבע הקיימת בחברת "מנורה מבטחים", ע"ש המועמד הראשי/בעל הפוליסה בטופס הצעה זה.

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

תאריך: _____ שם בעל החשבון: _____ חתימת בעל החשבון **x**

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

תדירות התשלום: חודשית

ג. הפקדות לקופה לקצבה

חובה לצרף צילום תעודת זהות בכל הפקדה, במקרה של תושב חוץ חובה לצרף צילום דרכון ותעודה מזהה נוספת.

אובדן כושר עבודה מתוך ההפקדות עם הפקדה חודשית בסך _____ ש"ח

אובדן כושר עבודה עצמאי ללא הפקדה לחסכון פנסיוני

ד. שאלות לעניין צו איסור הלבנת הון - הכר את הלקוח

מקור הכספים שעתידיים להיות מופקדים בפוליסה	מטרת הפוליסה	היקף פעילות צפוי בפוליסה
<input type="radio"/> חסכונות / השקעות	<input type="radio"/> חסכון לילד / לנכד	הפקדות חד פעמיות צפויות:
<input type="radio"/> ירשה	<input type="radio"/> חסכון לדירה	<input type="radio"/> אף פעם לא <input type="radio"/> לעתים מזדמנות
<input type="radio"/> משכנתא/ נדל"ן / מכירת דירה	<input type="radio"/> חסכון לפרישה/ גמלא/ קצבה	<input type="radio"/> לעתים רחוקות <input type="radio"/> הפקדות מחו"ל
<input type="radio"/> משכורת / הכנסה מעסק / חבר קיבוץ	<input type="radio"/> עובד זר	משיכות צפויות:
<input type="radio"/> כספי ביטוח/קצבה	<input type="radio"/> מענק לבכיר	<input type="radio"/> לעתים מזדמנות <input type="radio"/> לעתים רחוקות
<input type="radio"/> תרומות	<input type="radio"/> השקעה לטווח קצר/בינוני	<input type="radio"/> גמלא <input type="radio"/> אנונה
<input type="radio"/> מלגות/מענקים/מתנות	<input type="radio"/> השקעה לטווח ארוך	
אחר. פרט: _____	אחר. פרט: _____	

אני מצהיר בזאת שמסרתי מידע מלא ומהימן. אעדכן את החברה בכל שינוי תוך 30 יום.

שם _____ תאריך _____ חתימה **X**

08/2019 "אפי"

ה. תכנית החסכון, סכומי ביטוח למקרה מוות

סוג המוצר	דמי ניהול	הכיסוי הביטוחי
<input type="radio"/> סטטוס 2015 <input type="radio"/> סטטוס*	<input type="radio"/> טופ 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: _____	<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 טופ 5000 פלוס ייתן בכפוף להפקדה חודשית קבועה של 800 ש"ח ומעלה.

ו. כיסוי אובדן כושר עבודה

<input type="radio"/> אובדן כושר עבודה - טופ לעתיד - בפרמיה משתנה * סכום פיצוי _____ ש"ח נרכש כיסוי ביטוחי זה מתוך ההפקדות לתגמולים בפוליסה, סכום 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, סכום הפיצוי שיקבע יכול שיהיה נמוך מסכום הפיצוי שהתבקש בטופס ההצעה לעיל. השכר המבוטח לאובדן כושר עבודה יחושב כסכום הפיצוי החודשי מחולק בשיעור פיצוי חודשי של 75%.	הצהרות בעל רישיון 1. הצהרה לעניין כיסוי ביטוח קיים - אני מצהיר בזה כי ביצעתי את כל החובות המוטלים עליי על פי חוזר שיווק תוכניות 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 לנתוני 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.

ז. העברות כספים

<input type="radio"/> 1. סך הצבירה המועברת כ- _____ ש"ח <input type="radio"/> 2. סוג המוצר <table border="1"> <thead> <tr> <th>גיל המבוטח</th> <th>סוג המוצר</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>עד גיל 60</td> <td><input checked="" type="radio"/> סטטוס 2015</td> </tr> <tr> <td>מגיל 60 ומעלה</td> <td><input type="radio"/> סטטוס 2015</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> סטטוס</td> </tr> </tbody> </table>	גיל המבוטח	סוג המוצר	עד גיל 60	<input checked="" type="radio"/> סטטוס 2015	מגיל 60 ומעלה	<input type="radio"/> סטטוס 2015		<input type="radio"/> סטטוס	<input type="radio"/> 3. פרטי התוכנית המובקשת סוג התוכנית תפתח בהתאם לסוג הכספים שיועברו מהקופה המעבירה <input type="radio"/> סוג התוכנית תפתח בהתאם לסימון בטבלה שלהלן:
גיל המבוטח	סוג המוצר								
עד גיל 60	<input checked="" type="radio"/> סטטוס 2015								
מגיל 60 ומעלה	<input type="radio"/> סטטוס 2015								
	<input type="radio"/> סטטוס								

הקופה המעבירה	הכיסוי הביטוחי	הערות	דמי ניהול מצבירה
קופ"ג הונית עד 31.12.2007	<input type="radio"/> קופת גמל לתגמולים (ללא תוכנית המשך קצבה)	- בחירה בתכנית זו תאפשר שמירה על הזהות הונית של הכספים. - על הכספים הוניים לא יחול מקדם קצבה מובטח.	דמי ניהול 1.05%
קופ"ג לקצבה	<input type="radio"/> קופה לקצבה	בחירה בתוכנית זו תגרם לאובדן הזהות הונית של הכספים	% _____ *
קופ"ג לקצבה	<input checked="" type="radio"/> קופה לקצבה		

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

ח. מסלולי השקעה

תגמולים		תגמולים		
העברות	שוטף	העברות	שוטף	
%	%	%	%	מנורה ביטוח תלוי גיל - ברירת מחדל *
%	%	%	%	מנורה ביטוח מניית
%	%	%	%	מנורה ביטוח מניית בחו"ל
%	%	%	%	מנורה ביטוח מט"ח
%	%	%	%	מנורה ביטוח שקלי
%	%	%	%	מנורה ביטוח אג"ח צמוד מדד
%	%	%	%	מנורה ביטוח שקלי טווח קצר
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.

ט. 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.

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

1. שאלון בריאות למבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין ○ זכר ○ נקבה	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
האם אתה עוסק בפעילות ספורטיבית ו/או אתגרית? (לרשימת פעילות אתגרית ניתן לפנות לאתר מנורה) כן / לא / כן			האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? כן / לא / כן			

שאלון	כן/לא	שאלות כלליות על מצב רפואי בכל שאלה יש לסמן "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט	מס'
		האם הינך מעשן? ○ כן - ○ סיגריות ○ אחר _____ ○ 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.	1.
שאלון אלכוהול	כן / לא	אלכוהול: צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/ יין או משקה אלכוהולי אחר באופן קבוע.	2.
שאלון סמים	כן / לא	סמים: האם צרכת סמים בהווה/ בעבר?	3.
שאלון היסטוריה משפחתית	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.
שאלון נכות שאלון פציעות	כן / לא	נכות אחוזי נכות מומלד: 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?	5.
פרטי/ את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע	כן / לא	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?	6.
	כן / לא	אשפוזים: האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית? (לידה אינה אשפוז)	7.
	כן / לא	ניתוחים: האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?	8.
פרטי/ את שם התרופה, והסיבה לגטילתה	כן / לא	תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?	9.

שאלון	כן/לא	האם אובחנת במהלך חיך במחלות / הפרעות / ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:	מס'
שאלון מערכת העצבים	כן / לא	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?	1.
שאלון לב, כלי דם ויתר לחץ דם	כן / לא	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 (פריפריאלי)	2.
שאלון מחלה נפשית	כן / לא	בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות	3.
שאלון מחלות דם וקרישה	כן / לא	מערכת דם - לרבות מחלות דם ובעיות קרישה	4.
שאלון סוכרת שאלון שומנים בדם שאלון בלוטת המגן	כן / לא	מערכת מוטובולית - לרבות סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/ כולסטרול/ טריגליצרידים בדם מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יותרת הכליה, בלוטת הפאראתירואיד	5.
יש לצרף דוחות ופתולוגיה	כן / לא	מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני	6.
שאלון מערכת העיכול	כן / לא	מערכת העיכול - לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלבב, פי הטבעת	7.
שאלון צהבת וכבד	כן / לא	מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד	8.
שאלון כליות ודרכי שתן	כן / לא	מערכת כליות ודרכי שתן - לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה, אבנים, רפלקס, דרכי שתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן	9.
שאלון דרכי נשימה/אסטמה	כן / לא	מערכת ריאות ודרכי נשימה - לרבות ריאות, אסטמה, ברוניטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת ואלרגיות	10.
יש לצרף מסמך רפואי שאלון מחלות ראומטולוגיות ורקמת חיבור	כן / לא	מחלות ראומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאוס, לופוס/זאבת, פיברומיאליגיה וקדחת ים תיכונית (FMF), תסמונת תשישות כרונית, סקלרודרמה	11.
שאלון גב ועמוד שדרה שאלון מחלות ראומטולוגיות ורקמת חיבור	כן / לא	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 (אוסטאוארטרוזיס)	12.
שאלון עיניים	כן / לא	מערכת עיניים וראייה - לרבות בעיות הקשורות לעיניים, ליקוי ראייה מעל מספר 8 בעדשות, הפרדת רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני) קטרקט, אובאיטיס, קרטקנוס	13.
שאלון אף/ אוזן/ גרון	כן / לא	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	14.
שאלון בעיות עור	כן / לא	עור ומין - לרבות מחלות עור, בעיות עור ואלרגיה, פסוריאזיס, פמפיגוס, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה	15.
יש לצרף מסמכים רפואיים	כן / לא	מחלות זיהומיות, לרבות מחלות אוטואימוניות, פוליו, מחלות מין ויידס/ נשא HIV	16.
שאלון פרוסטטה ואשכים	כן / לא	לגברים: בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים	17.
שאלון נשים	כן / לא	לנשים: בעיות גניקולוגיות ושדיים, הגדלה/הקטנת שדיים, גוש בשד, דימומים (ללא קשר לווסת), רחם שרירני, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פריון. האם את בהריון כעת? _____ באיזה שבוע? _____?	18.

הערות:

תאריך: _____

חתימת מועמד X

יא. כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" (להלן: "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי ובאופן שידרש על ידי המבקש והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי 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 האפוטרופוס החוקי).

שם המועמד _____ מס' ת.ז. _____

כתובת _____ תאריך _____ חתימה _____

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

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____

מס' רשיון _____ חתימת עד _____

יב. הצהרה על פי צו איסור הלבנת הון

אני החתום מטה _____ מספר זהות _____ מצהיר בזאת כי:
 אני פועל בעבור עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת 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 הנהגה מיד עם היוודע זהותו.
 הנהנים בפוליסה/בחשבון הם: _____

שם	מס' זהות / נ.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 X _____

יג. הצהרת בעל הרישיון

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

יד. הצהרת המבוטח

אני החתום מטה, המבוטח, מבקש להצטרף כמבוטח לתכנית הביטוח (להלן מנורה מבטחים ביטוח), לפי הרשום בטופס זה (להלן "הצהרה").
 אני מצהיר/ה בזה כי:
 א. כל התשובות המפורטות בהצעה הן נכונות ומלאות, ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.
 ב. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בכתב וכן התנאים המקובלים אצל מנורה מבטחים ביטוח לעניין זה יישמשו בסיס לחיזה הביטוח ביני לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
 ג. אני מאשר/ת ומסכים/ה בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעת זו נתון לשיקול דעת בלעדי של מנורה מבטחים ביטוח והיא רשאית לדחות את ההצעה.
 ד. ידוע לי 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 לתנאי הפוליסה.
 ה. מועד הצטרפתי יהא מועד התשלום הראשון שפועל של דמי הגמולים במסגרת בקשה זו, ובלבד שתשלומם נעשה בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי ולהוראות התקנות.
 ו. בעל הרישיון הקבוע בפוליסה יחשב כשלוש של החברה לרבות לענין קבלת הצעת הביטוח ולענין קבלת ההפקדות, ולא יחשב כשלוש של החברה לענין בקשות למשיכת כספים, העברות כספים אל הפוליסה, העברות בין מסלולי השקעה, תשלומים מהפוליסה בתום תקופת הביטוח, או שינוי בכיסויים הביטוחיים (כולל רישוק זמני). בקשות אלה הנמסרות לחברה על ידי המעביד, המבוטח, המוטב או כל אדם אחר צריכות להימסר בכתב אך ורק במשרדי החברה.
 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.
 ח. 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.
 ט. 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% מהכנסתי החודשית הממוצעת בשנה האחרונה.

תאריך: _____ חתימת המבוטח X _____

ט. 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/ת, בכל עת, להודיע לחברה בכתב על כך שאיני מעוניינת/ת בקבלת הצעות שיווקיות כאמור.*
 *חתימה על סעיף זה איננה מהווה תנאי להתקשרותך עם החברה.
 תאריך: _____ חתימת המבוטח X _____

רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז 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 במרכז אתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
כמו כן, רשות שוק ההון הקימה מאגר נוסף, המאפשר למבוטחים ולמוטבים של מבטחים ששפטרו, לאתר חסכוניות פנסיוניות. במידה והנך מעוניין שבקשת ההסרה תחול גם על הנתונים המועברים למאגר זה אנא ציין זאת בבקשתך.

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

הוראה לחיוב חשבון

טופס 4-10

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 <input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראל כרט <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> ויזה כאל <input type="radio"/> דינרס	בתוקף עד
מס' מיקוד	כתובת: ישוב 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 שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך חתימת בעל כרטיס האשראי _____
מנורה מכבדת כרטיסי אשראי מקומיים בלבד (לא כרטיסי אשראי מחו"ל) ואינה מכבדת כרטיסי דירקט וכרטיסים נטענים.

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

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה בנק סניף
קוד מוסד 614	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	



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).

- כמו כן יחולו ההוראות הבאות:
 - עליו 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 להוציא 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/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 סניף
קוד מוסד 614	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	

לכבוד: _____
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
ת.ד. 927, תל-אביב 6100802

קילבנו 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 לפינו את ההוראות, ונפעל על-פיהן כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מגיעה 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 בהתייבויותכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

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 בפקוח על שירותים פיננסיים (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), התשע"ב-2012

² "גוף מוסדי" - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.
³ "מידע אודות מוצר" - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש.

⁴ "מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31א(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. תקופה 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 קקופת גמל עמית שכיר / עצמאי

לכבוד

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

הנדון: בקשה להעברת כספים למנורה מבטחים ביטוח בע"מ

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

1. פרטי העמית

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות
כתובת: רח'	מס' בית	עיר
	מיקוד	טלפון
		דוא"ל

עמית פעיל עמית לא פעיל בקופת הגמל המעבירה

2. בקשת העברה

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

לגבי עמית נתון לאוטורפוסות - שם האוטורפוסות _____ וחתימתו _____ 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) במסלולי השקעה _____

במסלולי השקעה:	מספר חשבון בקופת הגמל המעבירה	שם קופת גמל המעבירה
בכשבו מספר:	_____	_____
לחשבון מספר:	מספר פוליסה בקופה המקבלת	<input type="checkbox"/> בהתאם לסוג קופות הגמל שהיו בחשבוני בקופה המעבירה. 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 שנקבעו 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 בחשבוני בקופה המעבירה, בכל מרכיב החשבון ובכל מסלולי השקעה.

3. הצהרות העמית

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

לגבי עמית נתון לאוטורפוסות - שם האוטורפוסות _____ וחתימתו _____

1. אני נתון בזה את הסכמתי לכך שתמסרו את כל הפרטים, הנתונים והמסמכים שיש לכם לגבי, ובכלל זה פירוט בדבר התנאים או הסייגים שנקבעו לגבי בקופה המעבירה לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכונים מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכונים 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"ח - 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 זכותי 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, תבטל ההעברה זו ולא תבוצע העברת כספים לקופת הגמל המקבלת.

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

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

לגבי עמית נתון לאוטורפוסות - שם האוטורפוסות _____ וחתימתו _____ X _____

5. חתימתי על בקשה זו נעשית לאחר שקראתי אותה בעיון ותוכנה הוסבר לי היטב, ולאחר ששקלתי את האמור בה וגמרתי אומר להתחייב בה. ולראיה באתי על החתום, היום: _____ / _____ / _____ **חתימת העמית** X _____

לגבי עמית נתון לאוטורפוסות - שם האוטורפוסות _____ וחתימתו _____ 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, האמיריות, 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, גרסי, 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 - 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 _____ <input type="radio"/> 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 וחתימה: _____
_____ X		_____ חתימה

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

שם הפוליסה	מספר הפוליסה	מקור הכספים שעתידיים להיות מופקדים בפוליסה	מטרת הפוליסה	היקף פעילות צפוי בפוליסה
<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 וחתימה:

שם פרטי ומשפחה

X

חתימה