



020404201

מספר תיק
מספר פוליסה
שם בעל רישיון
מספר בעל רישיון
חוממת תאריך קבלה בחברה

ברקוד

הצעה לתכנית Top Life

קצבה מיידית פרט

את הטפסים **חובה** להעביר באמצעות המייל לצוות המטפל bo-topf@menora.co.il או באמצעות פקס מספר 03-7608344.

א. פרטי המבוטח	
שם מלא (משפחה ופרטי)/שם תאגיד	מספר זהות/דרכון/פ.נ.
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	תאריך לידה/התאגדות
מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ילדים	מספר בית <input type="checkbox"/> יישוב <input type="checkbox"/> מיקוד
כתובת: רחוב	מס' בית
עיסוק בפועל	טלפון בבית
e-mail	טלפון נייד
האם הנך אזרח ארה"ב/תושב ארה"ב/בעל גרין קארד? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן (העבר: טופס W9).	
האם נולדת בארה"ב ואינך אזרח אמריקאי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן (העבר: טופס W8BEN, תעודה מזהה לא אמריקאית ואישור ויתור על אזרחות).	
האם הנך תאגיד אמריקאי או תאגיד שהתאגד בארה"ב? <input type="checkbox"/> לא (העבר: טופס W8BENE) <input type="checkbox"/> כן (העבר: טופס W9).	

טפסים ניתן להוריד מאתר האינטרנט של החברה.

ב. מינוי מוטבים במות המבוטח						
שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	כתובת מלאה	קרבה	מין	% חלוקה
					<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	
					<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	
					<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	
					<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	
						100 %

במידה ולא נמסרו נתונים אחרים, המוטבים למקרה מוות יהיו היורשים החוקיים.

ג. פרטי האפוטרופוס בחשבון תלוי						
במידה והמבוטח הינו תלוי, מלא את פרטי האפוטרופוס*.						
שם המשפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מספר זהות/דרכון	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ילדים	ילדים
כתובת: רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד			
מקצוע	עיסוק בפועל	טלפון	טלפון נייד			

*רצ"ב צו מינוי אפוטרופוס מקורי או נאמן למקור. *רצ"ב צילום ספח לתעודת הזהות של האפוטרופוס.

חתימת האפוטרופוס

ד. פרטי הפוליסה	
תכנית	Top Life קצבה מיידיית
ייעוד הכספים	<input checked="" type="checkbox"/> פרט
תקופת הביטוח	
גיל כניסה מינימלי	55
סוג ההפקדה	<input checked="" type="checkbox"/> *הפקדה חד פעמית
אופן השקעת הכספים	<input type="checkbox"/> ריבית מובטחת <input type="checkbox"/> משתתף ברווחים
הפקדה בש"ח	ש"ח
תקופת ריבית מובטחת (במידה ונמכרה)	(טווח בין 15 - 5)
** שיעור הריבית מובטחת	%

* כאשר ההפקדה השנתית המצטברת נבונה מ-20,000 ש"ח, חובה לצרף צילום ת.ז. (במקרה של תושב חוץ חובה להעביר צילום דרכון ותעודה מזהה נוספת).
** שיעור הריבית המובטחת תקף ל-72 שעות מסועד ההצעה למועד קבלת טופס ההצעה במייל או בפקס של הצוות היעודי הרשומים לעיל.
חובה להעביר את ההצעה זאת הכספים ביחד בתוך 72 שעות.
 מצ"ב המחאה אשר פרטיה מפורטים להלן
 מצ"ב אסמכתא להעברה בנקאית. חובה לצרף אישור הפקדה מהבנק

פרטי חשבון מנורה לשם ביצוע העברה בנקאית:
בנק הפועלים, סניף 600, מס' חשבון 129225

פרטי המחאה/העברה בנקאית

מס' בנק _____ מס' סניף _____ מס' חשבון _____

מס' המחאה/מס' הוראת העברה _____

תאריך פירעון/תאריך העברה _____ על סך _____

חתימת המבוטח

02/08/01 - 13/0001 "אפי"

1	הצעה לביטוח
2	המשך הצעה לביטוח והצהרות
3	המשך הצהרות ושאלון החלפה
4	טופס גילוי נאות



020404201

מספר פוליסה

מספר זהות/דרכון

ה. מסלולי השקעה

תוכנית	Top Life קצבה מיידית	
	***משתתף ברווחים	**ריבית מובטחת
* מסלול ההשקעה הנבחר	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מנורה כללי	%	%
מנורה שקלים	%	%
מנורה צמוד מדד	%	%
מנורה טווח קצר	%	%
מסלול כהלכה	%	%
מנורה אני"ח ממשלתי שקלי	%	%
מנורה אני"ח ממשלתי צמוד מדד	%	%
מנורה מט"ח	%	%
מנורה מניית	%	%
מנורה מניית חו"ל	%	%
סה"כ	100%	100%

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

ו. מסלול תשלום קצבה מיידית

יש להעביר את הכספים לחשבון עו"ש בבנק: מס' בנק: _____ מס' סניף: _____ מס' חשבון: _____	<input type="checkbox"/> תשלום קצבה חודשית לכל ימי חייו של המבוטח, והבטחה של מינימום 180 תשלומים.	יש לבחור אחד מבין מסלולי תשלום הקצבה שלהלן:
* יש לצרף צילום שיק של בעל החשבון או דף חשבון הכולל את פרטי החשבון.	<input type="checkbox"/> תשלום קצבה חודשית לכל ימי חייו של המבוטח, והבטחה של מינימום 240 תשלומים.	
	<input type="checkbox"/> תשלום קצבה חודשית לכל ימי חייו של המבוטח, והבטחה של מינימום 300 תשלומים.	
* פרטי בן/בת זוג (מי שנשוי כדיון למבוטח נא צרף צילום ת.ז. כולל ספח או מי שהוכר כידוע בציבור בפסק דין של ערכאה משפטית מוסמכת - נא לצרף פסק דין): שם _____ ת.ז. _____ תאריך לידה _____	<input type="checkbox"/> תשלום קצבה חודשית לכל ימי חייו של המבוטח, לאחר פטירתו תשלום של % _____ מהקצבה החודשית ל"בן/בת הזוג של המבוטח. - שיעור הקצבה לבן/בת זוג לא יפחת מ-30% ולא יעלה על 100% מהקצבה של המבוטח.	
* הבחירה בקבלת סכום חד פעמי או בהיוון קצבה כפופה לתנאי הפוליסה ולהוראות הדין.	ש"ח _____ % _____ (טווח 5-25) שנים _____ (טווח בין 5-1)	* משיכת סכום חד פעמי (בחירה שאינה חובה) מיועד למבוטח המעוניין בהיוון קצבה

ז. הצהרת המבוטח

אני החתום מטה _____ מספר זהות _____ מצהיר בזאת כי אני פועל בעבור עצמי. אני מתחייב להודיע למבטח אם אפעל בעבור אחר.	תאריך _____ מקום _____ חתימת המבוטח _____
---	---

ח. הצהרת המשווק הפנסיוני

אני מצהיר/ת בזה כי שאלתי את המבוטח את כל השאלות המופיעות לעיל, והתשובות הן כפי שנמסר לי אישית ע"י המבוטח, וכן כי הצגתי את פרטי הביטוח המוצע על-פי כללי הפרסום וההמחשה שפורסמו על-ידי המפקח על הביטוח.	תאריך _____ שם המשווק הפנסיוני _____ מס' המשווק הפנסיוני _____ חתימת המשווק הפנסיוני _____
---	--

"אפי" 02/08/01 - 13/0001

המשך הצעה לביטוח והצהרות 2

המשך הצהרות ושאלון החלפה 3

טופס גילוי נאות 4



020404401

ט. הצהרת המבוטח

אני החתום מטה, מבקש בזה ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן "מנורה מבטחים ביטוח") להצטרף לתכנית הביטוח לפי הרשום בטופס זה (להלן "הצהרה").

- אני מצהיר בזה כי:
 - א. כל התשובות המפורטות בהצהרה הן נכונות ומלאות.
 - ב. כל התשובות המפורטות בהצהרה וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בכתב וכן התנאים המקובלים במנורה מבטחים ביטוח לענייני זה ישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
 - ג. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצהרה זו נתון לשיקול דעתה הבלעדי של מנורה מבטחים ביטוח והיא רשאית לדחות את ההצהרה.
 - ד. ידוע לי שחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שההפקדה הראשונה - מהווה תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף - שולמה במלואה. והכל בהתאם לתנאי הפוליסה.
 - ה. אני מצהיר בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי, ידוע לי שמטרת מסירת המידע היא להפקת פוליסת ביטוח. וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה והקשרים אליה. אני מסכים כי המידע ימסר לצורך עינו, עיבודו ואחסונו לכל אדם או גוף שמנורה מבטחים ביטוח תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.
 - ו. אני מצהיר בזה כי הובא לידיעת, ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי למנורה מבטחים ביטוח וכל מידע נוסף הנוגע לי שגיע לידיעתה של מנורה מבטחים ביטוח, יחזק במאגר מידע ממוחשב בו נהגת מנורה מבטחים ביטוח לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, בין אם הוא מופעל על-ידי מנורה מבטחים ביטוח עצמה ובין בידי מי מטעמה, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע נוספים של חברות שבשליטת מנורה מבטחים החזקות בע"מ ("קבוצת מנורה מבטחים") או לגורמים הפועלים מטעמן של אותן חברות, לצורך מתן שירותים נוספים, לצורך ניהול נכסי הלקוחות, לצורך הפעילות השוטפת וכן לצורך קיום חובותיה על-פי דין.
 - ז. אני מבקש כי מנורה מבטחים ביטוח תעניק לי שירותי מתן מידע באמצעות האינטרנט או באמצעות אמצעי תקשורת אחרים, תוך שאני מודע לכך כי חרף העובדה שמנורה מבטחים ביטוח מפעילה אמצעי אבטחת מידע במתן שירותי המידע כאמור, עשוי המידע האמור, הכולל פרטים אישיים שלי, להחשף לאחרים.
 - ח. אני מבקש כי מנורה מבטחים ביטוח תשלח לכתובתי את קוד הגישה וסיסמת הגישה למידע באמצעות האינטרנט, ידוע לי כי מתן המידע כאמור נועד לצורך בירור ראשוני בלבד ולשם הנוחות, וכי בכל סתירה בין המידע שיימסר כאמור לבין המידע המלא שברשות מנורה מבטחים ביטוח יגבר המידע שברשות מנורה מבטחים ביטוח.
 - ט. הרני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בטופס זה למנורה מבטחים ביטוח בע"מ ("החברה") נמסרו מרצוני ובהסכמתי. כן אני מצהיר, כי הובא לידיעתי, ואני מסכים ומאשר, שכל המידע שמסרתי ו/או אמסור בעתיד לחברה וכל מידע אודותי שהגיע ו/או יגיע לידיעת החברה, בין שנמסר על ידי ובין שנמסר על ידי מקורות אחרים, ישמר, כולו או חלקו, במאגרי מידע ממוחשבים של החברה ושל קבוצת מנורה ("קבוצת מנורה") כוללת את מנורה מבטחים החזקות בע"מ והחברות שבשליטתה) ו/או אצל מי מטעמן, אשר יהיו רשאים לעשות בו שימוש לצורך ניהול, תפעול ושיווק המוצרים והשירותים של קבוצת מנורה על פי כל דין, לרבות לצורך ניהול ויעול השירות ולצרכים סטטיסטיים, עדכון וטיפול המידע במאגרי המידע הממוחשבים של קבוצת מנורה, ניהול הקשר עם לקוחות קבוצת מנורה, שיווק מוצרים ושירותים ביטוחיים, פנסיוניים ופיננסיים בשם קבוצת מנורה, עיבוד המידע (כולל פילוח ואיפיון) למטרות אלו ודיוור ישיר.

ט. אני מסכים ומאשר כי קבוצת מנורה תהיה רשאית לעשות שימוש בפרטי ההתקשרות שסיפקתי לה ולפנות אלי מעת לעת לצורך קבלת הצעות למוצרים ו/או שירותים ביטוחיים, פנסיוניים ופיננסיים של קבוצת מנורה, באמצעות דואר פיזי ובפניות טלפוניות על-ידי נציגי המוסמכים, וזאת כל עוד לא נתקבלה כל הודעה אחרת ממני בכתב. **

ב. בהמשך לאמור לעיל, אני מסכים ומאשר כי קבוצת מנורה תהיה רשאית לעשות שימוש בפרטי ההתקשרות שסיפקתי לה ולפנות אלי מעת לעת לצורך קבלת הצעות למוצרים ו/או שירותים ביטוחיים, פנסיוניים ופיננסיים של קבוצת מנורה, באמצעות דואר אלקטרוני, פקסימיליה, מערכת חיגו אוטומטי ומסרונים (sms), וזאת כל עוד לא נתקבלה כל הודעה אחרת ממני בכתב. **

**** החתימה על סעיפים אלו איננה מהווה תנאי התקשרותך עם החברה.**

תאריך _____ מקום _____ חתימת המבוטח X _____

חתימת המבוטח X _____ תאריך _____

י. שאלון החלפה

האם בידוך פוליסות ביטוח חיים שבתוקף? כן לא, במקרה והתשובה היא כן -

1. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, האם פוליסות לביטוח חיים שבתוקף:

לא	כן

האם בידוך נספחים (ריידים) בתוקף לפוליסות הביטוח? כן לא, במקרה והתשובה היא כן -

2. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בנספחים אלו:

לא	כן

תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות (1) ו-(2) שבסעיפים דלעיל, מחייבת למלא מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

תאריך _____ חתימת המבוטח X _____

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח שבתוקף: כן לא

תאריך _____ המשווק הפנסיוני X _____

"אפי" 02/08/01 - 13/0001

--



020404401

--

תאריך: _____

טופס גילוי נאות

פרטי המשווק פנסיוני					
שם המשווק פנסיוני/סוכנות			מספר רישיון/תאגיד		
מספר זיהוי	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
			____/____/____	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	
הנה עומד לרכוש את הפוליסה _____ בחברת הביטוח "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ", טלפון: *2066, 03-7107777.					
הפוליסה מיועדת לפרט ואינה מאושרת כקופת גמל.					
בהגיעך לגיל _____ תמשוך את הכספים שנצברו לזכותך בדרך של קצבה.					

ג. חלוקת ההפקדה חד פעמית

גובה ההפקדה החד פעמית: _____.

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

	קצבה לגיל _____ בריבית ברוטו של _____% ובניכוי דמי ניהול של _____% <input checked="" type="checkbox"/> מקדם מובטח
	קצבה לגיל _____ <input checked="" type="checkbox"/> מקדם מובטח

לידיעתך,

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

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

דני ניהול מצבירה במסלול משתתף ברווחים _____% משנה _____ עד שנה _____.

ללא דמי ניהול מהפקדה.

ללא דמי ניהול במסלול ריבית מובטחת.

קנסות משיכה			
חשוב! אם החלטת למשוך את החיסכון המצטבר בפוליסה לפני תום תקופת הריבית המובטחת, חברת הביטוח תגבה ממך עמלת פדיון מוקדם בהתאם להוראות סעיף 10 לתנאי הפוליסה			
זכותך, תוך שישים ימים מקבלת פוליסת חיים חדשה, בתנאי שלא קרה מקרה הביטוח, לבטלה והינך זכאי להחזר של כל ההפקדות ששילמת בניכוי הסיכון הביטוחי, דמי ניהול מהפקדה, ודמי הניהול בעד מרכיב החיסכון, כשהם צמודים לתוצאות ההשקעות בפוליסה.			
תאריך	שם משווק פנסיוני	טלפון	חתימת משווק פנסיוני
שם המבוטח	מס' זיהוי	חתימת המבוטח	