

ב. פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה - חובה למלא רק אם בעל הפוליסה אינו המבוטח.

מספר זהות / ח"פ / ח"צ	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה / התאגדות	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מספר טלפון
מספר טלפון נייד	יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד
					מיקוד
					דואר אלקטרוני

1. שאלות לעניין איסור הלבנת הון - יש לסמן רק אחת מהאפשרויות להלן - לבעל פוליסה יחיד ולא תאגיד

אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת בעל הפוליסה והמבוטח למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה

יש נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה (במקרה וקיים נהנה או יש למלא טופס הצהרת פועל עבור עצמי)

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

חתימת המצהיר *

שאלות לעניין איסור הלבנת הון לתאגיד

האם בעל הפוליסה הינו תאגיד? כן לא

במידה ובעל הפוליסה תאגיד, יש לצרף:
 1. טופס הצהרה "פועל עבור עצמי", מספר טופס 2625.
 2. טופס W8.
 3. טופס הצהרה עצמית של תאגיד, מספר טופס 779.
 * ניתן למצוא את הטפסים באתר האינטרנט של החברה

2. שאלות לעניין FATCA לצורך דיווח לשלטונות המס בארה"ב

האם אתה תושב אמריקאי לצורכי מס? כן לא

האם אתה אזרח אמריקאי? כן לא

במידה וענית "כן" על אחד מהסעיפים יש לצרף טופס W9 ולרשום את מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצורכי מס בארה"ב TIN U.S. _____

אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן. תאריך

שם המצהיר חתימת המצהיר *

3. שאלות לעניין CRS לצורך מימוש האמנה לחילופי מידע בנושא מס בין מדינות

האם אתה תושב מדינה זרה? כן לא - אם כן, אנא מלא את הפרטים להלן: יש לרשום באנגלית בעמודות של: שם פרטי, שם משפחה וכתובת

שם מדינת התושבות	שם פרטי First Name	שם משפחה Last Name	יישוב City / Town	רחוב ומספר בית Address (street, no.)	מספר TIN
1.					
2.					

האם אתה משלם מס כדין במדינת התושבות? תושבות 1: כן לא תושבות 2: כן לא

אני מצהיר כי כל המידע שמסרתי מלא ומהימן. תאריך

שם המצהיר חתימת המצהיר *

כאשר בעל פוליסה הינו חברה, תאגיד או חבר בני אדם יש לחתום גם על הצהרה זו.

הרינו להצהיר בזאת כי ידוע לנו ש -
 א. משיכת ערך הפדיון על ידי בעל הפוליסה, תאגיד או חבר בני אדם. תהיה אך ורק באחת מהנסיבות הבאות:
 1. עבור תשלום למבוטח בלבד על-פי הסכם עבודה בין המבוטח ובעל הפוליסה, ובמקרה כזה יצורף לבקשה טופס 161 "הודעת מעביד על פרישה של עובד" או כל טופס אחר שיבוא במקומו, בו מצויין הסכום לתשלום שהינו סכום המשיכה.
 2. קיים פסק דין של בית הדין לענייני עבודה או ערכאה שיפוטית הקובע כי יש להעביר את הכספים הצבורים בפוליסה לבעל הפוליסה. במקרה זה יצורף לבקשה העתק פסק דין.
 3. משיכת ערך הפדיון הינה לצרכי העברה לפוליסת חיסכון אחרת בעבור המבוטח, במקרה כזה תצורף לבקשה הסכמת המבוטח בחתימתו.
 ב. בעל פוליסה, תאגיד או חבר בני אדם לא יוכל לקבל הלוואה מהפוליסה.

תאריך חתימה *

ג. זיקה בין המשלם למבוטח / בעל הפוליסה

במקרה והמשלם שונה מהמבוטח או בעל הפוליסה, יש לצרף צילום ת.ז. ולמלא הצהרת משלם או טופס מספר 58. ניתן למצוא את הטופס באתר החברה.
 רשום את מהות הקשר בין המשלם למבוטח / בעל הפוליסה: _____ (בכל מקרה בו הסוכן הוא צד לזיקה יש למלא שאלון נפרד)

הצהרת המשלם: אני הח"מ, מצהיר בזאת על נכונות הפרטים בסעיף ב' והפרטים אודות אופן תשלום הפרמיה והגבייה ועל כך שהתשלום הנ"ל יבוצע עבור המבוטח וכי כל החזר של פרמיה ו/או כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה או בקשר אליה, יבוצע לפקודת בעל הפוליסה / המבוטח בהתאם למקרה בלבד.

תאריך שם פרטי ומשפחה

חתימת המשלם *

מק"ט 200022828 (מחזורת 03.2023)

ד. תקופת הביטוח, אופן התשלום ודמי ניהול

1. תקופת הביטוח

תקופת הביטוח _____ שנים או הביטוח עד גיל _____ (הגיל כהגדרתו בתנאי הפוליסה).
* תום הביטוח יהיה לא לפני גיל 60.

2. אופן התשלום: הפקדה חד פעמית ו/או הפקדה שוטפת

הפקדה חד-פעמית על סך _____ ₪.

ניתן באמצעות המחאה אישית או העברה בנקאית.
לצורך העברה בנקאית: בנק לאומי מס' בנק: 10 מס' סניף: 800 מס' חשבון: 24177588. יש לצרף אישור העברה מהבנק.

הפקדה חודשית שוטפת על סך _____ ₪. צמודה למדד המחירים לצרכן.

תשלום באמצעות: (יש לצרף טופס מס' 5 הוראה לחיוב חשבון)

הוראת קבע* כרטיס אשראי

* לתשומת ליבך, הוראה לחיוב חשבון אשר מוגבלת במועד או בתקרת סכום, אינה מתאימה למוצרי ביטוח ולכן חברתנו מאפשרת לקבל הוראות בעלות הרשאה כללית בלבד.

3. דמי ניהול

דמי ניהול מהחיסכון המצטבר ייקבעו בהתאם לגובה הצבירה בפוליסה וכמפורט בטבלת דמי הניהול להלן:

דמי הניהול מצבירה יהיו בשיעור:	כאשר צבירת חסכון בפוליסה תהיה:
1.20 %	עד 49,999 ₪
1.00 %	50,000-99,999 ₪
0.90 %	100,000-149,999 ₪
0.85 %	150,000-299,999 ₪
0.80 %	300,000-649,999 ₪
0.75 %	650,000-1,499,999 ₪
0.70 %	1,500,000 ₪ ומעלה

בכל שינוי ביתרת החיסכון המצטבר הנובע מהפקדה או משיכה חלקית יעודכן (יעלה/ירד) שיעור דמי הניהול בהתאם לטבלה.

ה. שחרור מתשלום פרמיות במקרה אובדן כושר עבודה - כולל אובדן כושר עבודה חלקי בדמי ביטוח משתנים

כיסוי לגיל תום _____ (ניתן בין 60-67, ברירת המחול בהעדר הנחיות תהיה 67)

הגדרת עיסוק ספציפי פרנצי'זה

קיצור תקופת המתנה ל- 1 חודש 2 חודשים

יש לסמן אפשרות אחת בלבד. לא ניתן לרכישה עם פרנצי'זה.

ו. מסלולי השקעה - סמן את המסלולים המבוקשים (עד 4 מסלולים בפוליסה ובסך כולל של 100%)

מסלולי השקעה לפוליסת מגדל קשת לפרט					
שם מסלול ההשקעה	קוד	% הפקדה	סמן	שם מסלול ההשקעה	קוד
מגדל מסלול חו"ל	397	%		מגדל מסלול השקעה כללי	230
מגדל מסלול מניות	248	%		מגדל מסלול אג"ח ממשלת ישראל	231
מגדל מסלול הלכה	270	%		מגדל מסלול אג"ח עד 10% מניות	243
מגדל מסלול אג"ח עד 25% מניות	246	%		מגדל מסלול אג"ח	387
מגדל מסלול מחקה מדד S&P 500	337	%		מגדל מסלול שקלי טווח קצר	367
100%				סה"כ:	

החברה הנהיגה מספר מסלולי השקעה לגבי התכנית, ונקבעו תנאים למסלולי השקעות האמורים לרבות תנאים מיוחדים, הגבלות והשלכות לשינוי המסלול. בהעדר סימון, תושקע ההפקדה לחסכון במסלול השקעה כללי (מסלול ברירת מחול), שהינו מסלול המנוהל לפי שיקול דעת החברה בכפוף לתנאים קבוע בהסדר התחיקתי.

להלן בחירתך: ←

ז. מינוי מוטבים בח" המבוטח בתום תקופת הביטוח - המבוטח. במות המבוטח טרם תום תקופת הביטוח - כפי שיפורט להלן:*

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למבוטח	החלק היחסי בתגמולי הביטוח
					%
					%

באם בעל הפוליסה הינו תאגיד או חבר בני אדם לא ניתן למנותו כמוטב או מוטב בלתי חוזר בפוליסה.

ח. גילוי נאות

אתה עומד לרכוש את הפוליסה 'מגדל קשת לפרט' ב'מגדל חברה לביטוח בע"מ', טל': 03-9201010. בעל הפוליסה הוא _____ . הפוליסה אינה מאושרת כקופת גמל ומיועדת לפרט. בהגיעך לגיל _____ יפוג תוקף הפוליסה ותמשוך את הכספים שנצברו לזכותך כסכום חד-פעמי. סה"כ ההפקדה החד פעמית לחסכון _____ ₪, סה"כ ההפקדה החודשית לחסכון _____ ₪. הסכום החד פעמי לגיל _____ בריבית של 4% (הריבית אינה מובטחת) בניכוי דמי ניהול בשיעור _____ % יהיה _____ ₪.
דמי הניהול מהחיסכון המצטבר ייקבעו בהתאם לגובה הצבירה בפוליסה וכמפורט בטבלת דמי הניהול בטופס ההצעה.
ככל שקיימת זכאות להטבת דמי ניהול בגין החיסכון המצטבר שאושרה על ידי החברה, תחול על הפוליסה ההטבה המטיבה מביניהן.



ח. גילוי נאות - המשך

לידיעתך, מדובר בהמחשה בלבד ולכן רווחי ההשקעה והתמורה אינם מובטחים וקיימת אפשרות לתשואה שלילית. ייתכן והתוצאות בפועל תהיינה טובות או גרועות יותר מהמוצג בהמחשה. למבטוח: זכותך, בתוך 60 ימים מקבלת פוליסת החיסכון החדשה, בתנאי שלא קרה מקרה הביטוח, לבטלה ואתה זכאי להחזר של כל ההפקדות השוטפות ששילמת, צמודות לתשואות בגין מסלולי ההשקעה כפי שנקבעו בפוליסה, בניכוי דמי ניהול מהחיסכון המצטבר.

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> תחיתת המועמד לביטוח *	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> תחיתת הסוכן *	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> תאריך
---	---	---

ט. הצהרת הבריאות מקובץ מצורף לבקשת הלקוח

מבטוח ראשון	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מין	גובה (ס"מ)	משקל (ק"ג)
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		

יש לסמן כן / לא - ולפרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן", יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)

מבטוח ראשון	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מין	גובה (ס"מ)	משקל (ק"ג)
לא	כן					
1. האם יש לך עיסוקים/תחביבים/אורח חיים עם סיכון מיוחד? אם כן, צרף שאלון תחביבים/מקצועי ברכישת כסיו לאובדן כושר עבודה, או מבקשים להסב את תשומת לבך לרשימת פעילויות של ספורט אתגרי אשר מוחרגות מתכנית הביטוח ואינן מכוסות. הרשימה מופיעה באתר החברה בדף מוצר הביטוח ומתעדכנת מעת לעת. ההחלטה תהיה נכונה למועד קרות מקרה הביטוח. הנו ממצאים לבדוק את רשימת ההחרגות לספורט אתגרי מעת לעת.						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
2. האם הנך מעשן כיום? שים לב: השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק לרבות סיגריות אלקטרוניות אם כן, ציין מס' סיגריות/פעמים שמעשן ביום: _____						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות?						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
3. האם במהלך חיך אובחנו מומים/ הפרעות באחד או יותר מהאיברים /או המערכות הבאים /או האם חלית באחת מהמחלות הבאות?						
א. <input type="checkbox"/> מערכת לב (2) <input type="checkbox"/> כלי דם (14) <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם (28)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
ב. <input type="checkbox"/> סכרת (7)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
ג. <input type="checkbox"/> מערכת ריאות ודרכי נשימה (1)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
ד. <input type="checkbox"/> סרטן <input type="checkbox"/> גידולים (24)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
ה. <input type="checkbox"/> מעיים <input type="checkbox"/> כבד (29) <input type="checkbox"/> לבלב						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
ו. <input type="checkbox"/> נפש <input type="checkbox"/> דיכאון <input type="checkbox"/> חרדות <input type="checkbox"/> האם אובחנת כחולה במחלת נפש? (13)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
ז. <input type="checkbox"/> מערכת העצבים והמוח (4)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
ח. <input type="checkbox"/> כליות ודרכי שתן (19)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
ט. <input type="checkbox"/> מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות (25): לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, טחול מוגדל, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
י. <input type="checkbox"/> מחלות ראומטולוגיות: <input type="checkbox"/> לופוס (זאבת) <input type="checkbox"/> דלקת פרקים <input type="checkbox"/> סקלרודרמה (19)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
4. מחלות של מערכת החיסון (אוטואימוניות) כדוגמת: דלקת פרקים, איידס/נשאות, לופוס/זאבת (SLE) - אם סימנת "כן" יש לצרף דוח מרפאת מעקב ותוצאות בדיקה שביצעת						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
5. האם נקבעה לך נכות כלשהי /או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות /או מתעתד להגיש תביעה לנכות מכל סוג? (23)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
6. האם אושפזת בבית חולים כתוצאה ממחלה או מתאונה. במהלך חמש השנים האחרונות? (3)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
7. האם ב-5 השנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית /או פולשנית /או בדיקת הדמיה ונמצא בה ממצא שהצריך ברור/מעקב רפואי? <input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
אם כן צרף את תוצאות הבדיקות ופרט: _____						
יש לסמן כן / לא - ולפרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן", יש שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום באות)						
ברכישת כסיו לשחרור במקרה אובדן כושר עבודה יש לענות על השאלות בסוגריים						
לא	כן					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
1. <input type="checkbox"/> מערכת הראייה (11) ירידה בשמיעה (12)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
2. <input type="checkbox"/> מערכת השלד, השרירים, מפרקים (19)						

לתשומת ליבך:

על כל מבטוח שגילו 65 ומעלה לצרף תמצית רפואית המתייחסת למצבו הרפואי וכוללת את הפרטים הבאים לפחות: ניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו בחמש השנים האחרונות.

אני הח"מ מצהיר ומאשר כדלקמן:

- (א) כל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. (ב) אם אדרש לכך על ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בבדיקה רפואית על ידי רופא החברה והתשובות שתימסרנה על ידי לרופא החברה תחשבנה כחלק בלתי נפרד מהצהרותיי. (ג) קבלה לביטוח: ידוע לי כי הסכמת החברה לקבל אותי או כל אחד מהמועמדים לביטוח כרוכה בין היתר, בהליך של חיתום, שעל פיו החברה מעריכה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים, נתונים סטטיסטיים, מידע רפואי או כל מידע אחר רלבנטי ורק עם סיומו תודיע לי החברה אם קבלה או לא קבלה את ההצעה. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
- ויתור על סודיות רפואית: אני הח"מ נותן רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר /או לעובדי הרפואיים האחרים /או מוסדותיה הרפואיים /או לסניפיה וכן כל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות, מכן מור, ובתי החולים האחרים, מרפאות בריאות הנפש, בית החולים גהה, המוסד לביטוח לאומי לרבות מידע על תשלומים ששילם ומשרד לי. לחברות הביטוח לקרנות הפנסיה (לרבות המבקש, לפי העניין), שלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, מנהל האוכלוסין ומשרד הפנים, למסור למגדל חברה לביטוח בע"מ" /או "למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ" ("המבקש"). את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאות /או על כל מחלה שחליתי בה בעבר /או שהנני חולה בה כעת /או שאחלה בה בעתיד. וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותם והקשורים למצבי

מק"ט 200022828 (מהדורה 03.2023)



0110002490406300323

ט. הצהרת הבריאות מקובץ מצורף לבקשת הלקוח - המשך

הרפואי. הני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כאמור ולא תהינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור. כן אני מייפה את המבקש לאסוף כל מידע שיראה בעיניו חשוב בקשר למצב בריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על פי תכנית הביטוח. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזובני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. בקשה זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל הגופים הנזכרים לעיל.

השימוש במידע יעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד

<p>חתימת המועמד השני לביטוח *</p>	<p>חתימת המועמד לביטוח *</p>	<p>חתימת המועמד לביטוח *</p>	<p>תאריך</p>
-----------------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------

י. הצהרות בעל הפוליסה, המועמד לביטוח (המבוטח) והנציג

אנו החתומים מטה מבקשים לערוך למבוטח ביטוח בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח שנבחרה בהצעה זו והננו מצהירים ומתחייבים כדלקמן:

הצהרה בקשר להסכמה להיות מבוטח: אנו, המועמד לביטוח והנציג, לפי העניין, נותנים את הסכמתנו להיות מבוטחים בהתאם לקבוע בהצעה זו. בחתימתנו על הצעה זו מסכימים בעל הפוליסה והמועמד לביטוח לתנאי פוליסת הביטוח ככל שהם נוגעים אלינו.

הצהרה בקשר לשליטה בכספים שהופקדו ואישור העברת מידע: המועמד לביטוח והנציג, לפי העניין, מאשרים כי ידוע להם שבהתאם לתנאי הפוליסה מוקנות לבעל הפוליסה זכויות לרבות הזכות להורות על השקעת כספי החיסכון, הזכות לקביעת מוטבים, הזכות לקבל הודעות ודיווחים, הזכות לשנות את דמי הביטוח והכיסויים הביטוחיים וכי"ב זכויות, הכל כקבוע בתנאי הפוליסה והם מסכימים לכך. כמו כן מאשרים המועמד לביטוח והנציג, לפי העניין, כי החברה תמסור לבעל הפוליסה את כל המידע והנתונים בקשר עם דמי הביטוח לרבות החיסכון המצטבר.

הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה: בחתימתו על ההצעה מתחייב בעל הפוליסה לשלם את דמי הביטוח ולהעבירם לחברה במועדים קבועים בתנאי הפוליסה. בכל מקרה שבעל הפוליסה הינו תאגיד משפטי מאשר בעל הפוליסה כי החתומים מטה מוסמכים לחתום בשמו וכי חתימתו על טופס ההצעה מחייבת אותו לכל דבר ועניין.

הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה: כל התשובות, הפרטים והמידע האחר שנמסר במסגרת הצעה זו ו/או במסגרת הצהרת הבריאות ("המידע") הינם נכונים ומלאים. המידע כאמור הינו מהותי למבטח והוא משמש בסיס לחוזה הביטוח בדמי הביטוח ובתנאי כסיוו כפי שהוצעו, ומהווה חלק בלתי נפרד ממנו. ידוע לי כי אי מסירת תשובות מלאות וכנות עלולה להשפיע על תשלום תגמולי הביטוח. אני מתחייב להודיע לחברה אם בעתיד יחול שינוי באלו המהמדיע שנמסר וזאת מיד עם היוודע לי על דבר השינוי.

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות: אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ולא חלה עליי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי כי המידע ישמר במאגרי המידע של החברה ושל גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תוכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע והמסמכים שמסרתי ואמסור יועברו לצדדים שלישיים, לרבות כאלה הנמצאים בחו"ל, לצורך המטרות הנ"ל, כגון: לסוכני ביטוח/בעלי רישיון, מבטחי משנה, מעסיקים, גורמים מתפעלים, ספקים, קבלני משנה ושותפים עסקיים (לרבות לגופים אחרים במקרה של שינוי במבנה תאגיד או מכירת עסקי הקבוצה). מדיניות הגנת הפרטיות של קבוצת מגדל זמינה עבורך באתר האינטרנט <https://www.migdal.co.il> או באפליקציה של החברה.

העברת מידע בקווי תקשורת: אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התכנית ו/או אודותי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט או באמצעי תקשורת חליפי, למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח ("קווי תקשורת") וכן כי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך כי במקרה זה יתכנו תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים המהווים פגיעה בפרטיות וזאת על אף אמצעי אבטחת מידע סבירים שהחברה נוקטת וכל עוד החברה נוקטת באמצעי אבטחת מידע כאמור. החברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת.

הצהרה בדבר מרכיבי התכנית והתאמתם למועמד לביטוח: החברה מסרה לי כי תכנית הביטוח המשווקת על ידיה מעת לעת, לרבות התכנית נשוא הצעה זו, מפורסמות באתר האינטרנט של החברה. מרכיבי התכנית הנרכשת לרבות הכיסויים הביטוחיים, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי ביטוח וגבולות אחריות עיקריים, וכן אמצעי התשלום ותנאי התשלום האפשריים הובאו לידיעתי. כמו כן, נמסר לי דבר קיומם / אי קיומם של תקופת המתנה ו/או תקופת אכשרה ו/או החרגות לכיסוי הביטוחי ו/או השתתפות עצמית, גובה ההנחות (במידה וישנן) והתנאים לביטול, וידוע לי כי באפשרותי לקבל מידע מפורט בעניין זה. כמו כן ידוע לי, כי קיימות בחברה תכניות ביטוח נוספות מסוגים שונים, הנבדלות מהתכנית הנרכשת בהרכב הכיסוי הביטוחי, בעלותם ובהיקפם, ואני מאשר, כי נמסרו לי תוצאות התאמת הצרכים וכלל זה ההבדלים בין הפוליסות שהוצעו לי לרבות פרמיית הביטוח, תנאי הפוליסה והשירות של החברה או כל סיבה אחרת שבשלה הומלץ לי להצטרף לתוכנית/ות המבוקשת/ות וכן שיפור תנאי הכיסוי או השירות או כל סיבה אחרת שבשלה הומלץ לי לעבור פוליסה, וכי התכנית אליה אני מבקש להתקבל, נבחרה לאחר שמצאתי אותה מתאימה לצרכי. כמו כן נמסר לי כי מעת לעת מוציאה החברה תכניות חדשות וכי ראוי לבדוק ולברר בכל עת בעתיד את המוצר הנרכש ביחס לאלו שיהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התכנית נשוא ההצעה עשויים להשתנות.

הצהרה בדבר קבלת יעוץ השקעות: אנו החתומים מצהירים בזה כי ידוע לנו שלפי חוק הסדרת העיסוק ביעוץ, רשאים לייעץ בתחום ההשקעות רק יועצי השקעות מטעם הרשות לניירות ערך. הובהר לנו, כי סוכן הביטוח אינו מוסמך לתת לנו יעוץ השקעות, ואנו מאשרים כי לא קיבלנו ממנו כל יעוץ כאמור. כן אנו מאשרים כי ניתנה לנו האפשרות להתייעץ עם יועץ השקעות מטעמנו, בדבר סוג ההשקעות וכדאיותן.

חתימת הצהרה לעניין נציג: אני הח"מ נציג המועמד לביטוח מצהיר בזאת, כי הנני הנציג על-פי דין של המועמד לביטוח וכי אני מוסמך לחתום בשמו וכי חתימתי על טופס הצעה זה מחייבת אותו לכל דבר ועניין בכל מקום בטופס זה בו נאמר המועמד לביטוח לרבות נציג המועמד לביטוח.

הצהרה לעניין FATCA - החברה הודיעה לי כי אם (1) אצהיר כי אני אזרח או תושב ארצות הברית לצרכי מס או (2) אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני אזרח או תושב ארצות הברית לצרכי מס וסירבתי למלא את הטפסים לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הזיהוי שלי בהתאם להוראות ה-FATCA.

הצהרה לעניין CRS - החברה הודיעה לי כי אם 1. אצהיר כי אני תושב מדינה זרה לצרכי מס או 2. אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני תושב מדינה זרה לצרכי מס וסירבתי למלא את הטפסים לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הזיהוי שלי בהתאם להוראות ה-CRS.

איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי

לתשומת ליבך, רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם.

במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. לנוחותך, תוכל למלא בקשה להסרת פרטיך מהממשק באמצעות טופס דיגיטלי באתר האינטרנט של חברתנו בכתובת: www.migdal.co.il

לידיעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

<p>חתימת המועמד לביטוח *</p>	<p>חתימת בעל הפוליסה *</p>	<p>חתימת המועמד לביטוח *</p>	<p>תאריך</p>
------------------------------	----------------------------	------------------------------	--------------

יא. הסכמה לפניות שיווקיות - (רשות)

אני מסכים / לא מסכים כי המידע ישמש את החברה ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לצורך שיווק ודיוור ישיר אודות כיסויים ביטוחיים ומוצרים ו/או שירותים פיננסיים, פיננסיים ואחרים ולפנייה בהצעה לרכישתם, וזאת בין היתר באמצעות פקסימיליה, הודעה אלקטרונית (דוא"ל), הודעת מסר קצר (SMS), מערכת חיג אוטומטי או כל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה השיווקית באמצעות סוכן הביטוח או באתר מגדל או פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה בטלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני mokedbi@migdal.co.il.

מק"ט 200022828 (מחזורי 03.2023)

יא. הסכמה לפניות שיווקיות - (רשות) - המשך

<input type="text"/>	חתימת המבוטח/בעל הפוליסה	<input type="text"/>	תאריך
----------------------	---------------------------------	----------------------	--------------

יב. הצהרת הסוכן

הריני מצהיר בזאת, כי שאלתי את המועמד לביטוח ובעל הפוליסה בין היתר את כל השאלות המופיעות למעלה וקבלתי מהם את כל הפרטים, המידע והמסמכים הדרושים ובין היתר את הפרטים המפורטים בטופס זה על צרופותיו וכי מסרתי להם את כל המסמכים הנדרשים כקבוע בהסדר התחיקתי וכי מסמך זה נחתם לפניי. כמן כן, אני מאשר בזאת כי בדקתי את תעודת הזהות של המועמד לביטוח, וגם נציג המועמד לביטוח ובעל הפוליסה והשוויתי את הפרטים המנויים בתעודת הזהות לפרטיהם המופיעים מעלה ומצאתי כי הם זהים. אני מאשר בזאת כי בעת מילוי ההצהרה / הבקשה, לא מסר לידי המועמד לביטוח / בעל הפוליסה אינדיקציות או פרטים שמחייבים מילוי טופס אנדיקציות או טופס W8.

<input type="text"/>	חתימת הסוכן	<input type="text"/>	שם הסוכן	<input type="text"/>	תאריך
----------------------	--------------------	----------------------	-----------------	----------------------	--------------





שם בעל הרישיון	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר סוכן

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

הוראה לחיוב חשבון - ביטוח חיים ופנסיה

טופס מספר 5

מספרי פוליסות / תוכניות

בכל פוליסות / תוכניות פרט / תגמולים לעצמאים ע"ש המבוטח

רק בפוליסות / תוכניות פרט / תגמולים לעצמאים שמספרן:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____

6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____

תשלום בכרטיס אשראי (לא ניתן לשלם באמצעות כרטיס אשראי החזר הלוואה ו/או תשלום חיובים לפוליסה ע"י מעסיק)

בעל כרטיס אשראי		אני מר/גברת:			
בתוקף עד	מספר הכרטיס	סוג הכרטיס	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסת ביטוח חיים / פנסיה. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה למגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת האשראי לרבות חיובי הוצאות עקב אי כיבוד הוראת קבע בגין הפוליסות הנ"ל. הנני מסכים כי הסדר זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח ו/או קרן הפנסיה לפחות 30 יום לפני מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר.

ידוע לי כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח/קרן הפנסיה.

תאריך _____ חתימת בעל/י החשבון ★ _____

תשלום בהוראת קבע

שם הבנק	מספר סניף	מספר בנק	יישוב	כתובת הסניף (רחוב)	מספר בית	ת"ד	מיקוד
מספר חשבון			סוג חשבון		קוד מוסד		
					00602		

הרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות

הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב ש"ח _____

מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום _____

(אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח הם יוחזרו ע"י הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך)

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

אני/הח"מ (בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק):

מספר זהות / ח"פ	שם משפחה / שם חברה	שם פרטי	יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מספר בית	ת"ד	מיקוד

- נותנים לכם בזה הוראה להקים בחשבוני/נו הנ"ל הרשאה לחיוב חשבוני/נו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוטב לרבות חיובי הוצאות עקב אי כיבוד הוראת קבע בגין הפוליסות הנ"ל, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
- כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:
 - על/ינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.
 - הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
 - היה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידי/נו 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.
 - אחיה/נהיה רשאי/ים 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.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
- אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבע מעת לעת ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ עפ"י תנאי הפוליסה/ות / התכנית/ות ותוספותיה/ן.

תאריך _____ חתימת בעל/י החשבון ★ _____

זיקה בין משלם למבוטח

אם המשלם אינו מועמד לביטוח יש לפרט את מהות הקשר בינו לבין המועמד/ים לביטוח

קרבה מדרגה ראשונה קשר עובד מעסיק בעל פוליסה חריג טופס זיקה



011120050102010423

עמוד 7 מתוך 11

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 112



אישור הבנק לכבוד **מגדל חברה לביטוח בע"מ** ת.ד. 3063 פ"ת מיקוד 4951106
 לכבוד **מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ** ת.ד. 3778 פ"ת מיקוד 4951106

קיבלנו הוראות מ- [] לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נמ
 בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת: כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או
 אחרת לביצוען. כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב ע"י בעל/י החשבון או כל עוד לא הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי
 כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה	קוד מוסד	מספר פוליסה / תכנית
		בנק סניף	00602	
תאריך	בנק וסניף	חתימה וחותמת הסניף *		



מספר פוליסה	תאריך מילוי הטופס

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

טופס הכר את הלקוח

טופס מספר **2781**

1. פרטי מבוטח / עמית		שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות / דרכון	מדינת דרכון

2. בירור לעניין תושב חוץ / איש ציבור (1)	
2.1 האם אתה "תושב חוץ"? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
2.2 אם ענית כן ב-2.1 - מהי זיקתך לישראל? _____	2.3 שם המדינה _____
2.4 האם אתה או בן משפחתך (2) או שותף עסקי (3) שלך מכהן או כיהן בעבר בתפקיד ציבורי בכיר (4) בארץ או מחוץ לארץ ב-5 שנים האחרונות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אם סומן כן - אנא מלא נספח מספר 1 "איש ציבור".

3. קיומו של נהנה בחשבון (5)	
3.1 האם הכספים בחשבון מוחזקים בעבור אדם אחר שאינו מקבל השירות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
3.2 האם המבוטח או העמית מבצע את הפעילות בעבור אדם אחר שאינו מקבל השירות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
3.3 האם אדם אחר שאינו מקבל השירות מכונן את הפעילות בחשבון? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
3.4 האם הנהנה איש ציבור? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אם סומן כן ב-3.1-3.3, אנא מלא נספח 1 "איש ציבור" ביחס לנהנה ופרטי נהנה בטופס פועל בעבור עצמי.
3.5 אם סומן כן ב-3.1-3.3, האם מקבל השירות או הנהנה הינו תושב חוץ? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
3.6 אם ענית כן ב-3.5 - מהי זיקתו? _____	3.7 שם המדינה _____

4. זיקת הלקוח לגורם אחר	
4.1 האם קיים מיופה כח שאינו בעל רישיון בחשבון או בחוזה ביטוח חיים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
4.2 אם סומן כן ב-4.1 - אנא סמן את הזיקה בינך לבין מיופה הכח: <input type="checkbox"/> בן משפחה (2) _____ <input type="checkbox"/> שותף עסקי _____ <input type="checkbox"/> עובד או מעביד _____ <input type="checkbox"/> אחר _____	
4.3 האם מתוכננות הפקדות מצד גורם אחר בחשבון או בחוזה ביטוח חיים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
4.4 אם סומן כן ב-4.3 - אנא סמן את הזיקה בינך לבין אותו גורם: <input type="checkbox"/> בן משפחה (2) _____ <input type="checkbox"/> שותף עסקי _____ <input type="checkbox"/> מעביד _____ <input type="checkbox"/> אחר _____	
שם הגורם המפקיד (יש למלא רק אם הגורם המפקיד אינו בעל פוליסה או מבוטח או עמית): _____	
שם מלא _____	ת.ז. / ח.פ. _____ (יש לצרף צילום ת.ז.)

5. פרטים על משלח יד / מקצוע ועיסוק - מצב תעסוקתי	
5.1 <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> שם המעסיק _____	
5.2 <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> שכיר בעל שליטה <input type="checkbox"/> סמן אם הנך עצמאי או שכיר בעל שליטה ומלא את הנתונים שלהלן: שם העסק _____ מען העסק _____ מחזור הכנסות שנתי _____	
5.3 <input type="checkbox"/> שכיר ועצמאי <input type="checkbox"/> במידה והינך שכיר ועצמאי, יש לענות על שאלה 5.1 ו-5.2	
תחום העסק: <input type="checkbox"/> ילומים ואבני חן <input type="checkbox"/> סחר בנשק <input type="checkbox"/> נדל"ן <input type="checkbox"/> עסק שאינו למטרות רווח <input type="checkbox"/> סחר במתכות יקרות <input type="checkbox"/> סחר במטבעות וירטואליים <input type="checkbox"/> בלדרות <input type="checkbox"/> נותן שירות אחראי או מתן שירות בנכס פיננסי <input type="checkbox"/> עסק בו עיקר הפעילות במזומן <input type="checkbox"/> ביצוע העברות כספים מישראל אל מדינות זרות או להיפך <input type="checkbox"/> הימורים <input type="checkbox"/> עסק שאינו למטרות רווח: <input type="checkbox"/> עמותה <input type="checkbox"/> גמ"ח <input type="checkbox"/> מלכ"ר <input type="checkbox"/> אחר _____	
אם אינך שכיר / עצמאי / שכיר בעל שליטה - סמן כאן: <input type="checkbox"/> חייל סדיר או מתנדב בשירות לאומי <input type="checkbox"/> סטודנט <input type="checkbox"/> קטין <input type="checkbox"/> לא עובד <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> אברך / תלמיד ישיבה <input type="checkbox"/> גמלאי - עיסוק טרם פרישה _____	



01116127810103200722

6. מטרת ההתקשרות, מקור הכספים ופעילות מתוכננת

6.1 מטרת פתיחת החשבון או חוזה ביטוח החיים:

חיסכון לטווח קצר (עד שנתיים) חיסכון לטווח ארוך (מעל שש שנים) חיסכון לטווח בינוני (בין שנתיים לשש שנים) חיסכון לגיל פרישה

6.2 מקור הכספים המוקדמים:

משכורת / קצבה תקבולים / הכנסות מעסק חסכונות שנצברו תקבולים מפעילות ניירות ערך בשוק ההון השקעות
 הלוואה ירושה פיצויי פיטורין / פרישה זכיה מכירת נכס העברת כספים מקופת גמל אחרת השכרת נכס מכירת עסק
 מתנה - שם נותן המתנה _____ זיקה לנותן המתנה _____
 כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה - סוג העסק _____ שם המדינה _____
 תרומה אחר _____

6.3 סכום הפקדות שנתיות צפויות (ש"ח) _____

6.4 תדירות הפקדות צפויה: חד פעמי חודשי רבעוני חצי שנתי שנתי אחר _____

6.5 אופן הפקדת הכספים בחשבון: המחאה הוראת קבע / אשראי העברה בנקאית

6.6 האם צפויות הפקדות/משיכות בחשבון/חוזה ביטוח חיים מ/אל מדינה זרה? כן לא אם סומן כן ב-6.6 שם מדינה _____

6.7 האם ידוע לך בשלב זה על משיכות צפויות בחשבון בשנה הקרובה? כן לא

7. גובה הכנסה ברטוח:

עד 10,000 ש"ח בין 10,000 ל-15,000 ש"ח בין 15,000 ל-30,000 ש"ח מעל 30,000 ש"ח

8. הצהרות

8.1 האם בעבר גוף מוסדי סירב להעניק לך שירותים מסיבות הקשורות באיסור הלבנת הון או מימון טרור? כן לא

	שם פרטי ומשפחה		חתימה המבוטח*
	שם פרטי ומשפחה		חתימה המבוטח*

8.2 הריני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה מלא ומהימן, ואני מתחייב/ת לדווח על כל שינוי בהצהרתי זו.

- (1) "איש ציבור" - בעל תפקיד ציבורי בכיר, בעבר או בהווה, אשר מונה לתפקיד מטעם מדינת ישראל או מדינה אחרת, ובין אם כיהן/מכהן בתפקיד בישראל או במדינה מחוץ לישראל;
- (2) "בן משפחה" - בן זוג וכן אח, הורה, הורה הורה, צאצא או צאצא של בן הזוג, או בן זוג של כל אחד מאלה.
- (3) "שותף עסקי" - בעל שליטה משותפת בתאגיד או בעל קשרים עסקיים.
- (4) "תפקיד ציבורי בכיר" - לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר מפלגה בכיר, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושא משרה בכיר בחברה ממשלתית, בעל תפקיד קבוע בארגון בין-לאומי או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;
- (5) יובהר כי אין בסעיף האמור לפטור את בעל הפוליסה, המבוטח או העמית, לפי העניין, מהצהרה על נהנה לפי הוראות סעיף 5(א) לצו איסור הלבנת הון.



נספח 1 - איש ציבור

מספר זהות / דרכון	שם משפחה	שם פרטי

1. האם אתה בעל תפקיד ציבורי בכיר בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות כמפורט להלן (לרבות תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה)? כן, לא

<input type="checkbox"/> ראש ממשלה	<input type="checkbox"/> איני בעל תפקיד בכיר בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות
<input type="checkbox"/> נשיא מדינה	<input type="checkbox"/> חבר ממשלה (שר / סגן שר / חבר כנסת)
<input type="checkbox"/> ראש עיר / ראש עיר / מועצה מקומית	<input type="checkbox"/> קצין צבא בכיר בדרגת תת אלוף ומעלה
<input type="checkbox"/> סגן ראש עיר / ראש עיר / רשות / מועצה מקומית	<input type="checkbox"/> קצין משטרה בכיר בדרגת סגן ניצב ומעלה
<input type="checkbox"/> שופט	<input type="checkbox"/> מנכ"ל / סמנכ"ל בחברה בתאגיד סטטוטורי
<input type="checkbox"/> בעל תפקיד בכיר / ממלא מקום בארגון בינלאומי	<input type="checkbox"/> מנכ"ל / סמנכ"ל של משרד ממשלתי
	<input type="checkbox"/> תפקיד ציבורי בכיר אחר, פרט: _____

אם אתה בעל תפקיד ציבורי בכיר בחמש השנים האחרונות, אנא ציין בארץ מחוץ לישראל. אם מחוץ לישראל, באיזו מדינה - _____

2. האם יש לך בן משפחה (2) או שותף עסקי (3) שהוא בעל תפקיד ציבורי בכיר (4) בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות? כן, לא

אם סימנת כן, אנא פרט:

לבן משפחה, אנא ציין - שם _____ קרבה _____

לשותף עסקי, אנא ציין - שם _____ תחום עיסוק _____ שם התאגיד _____

ח.פ. תאגיד _____ מדינת התאגדות _____

נא לסמן את תפקידו לפי הרשימה שלהלן (לרבות תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה):

<input type="checkbox"/> ראש ממשלה	<input type="checkbox"/> חבר ממשלה (שר / סגן שר / חבר כנסת)
<input type="checkbox"/> נשיא מדינה	<input type="checkbox"/> קצין צבא בכיר בדרגת תת אלוף ומעלה
<input type="checkbox"/> ראש עיר / ראש עיר / מועצה מקומית	<input type="checkbox"/> קצין משטרה בכיר בדרגת סגן ניצב ומעלה
<input type="checkbox"/> סגן ראש עיר / ראש עיר / רשות / מועצה מקומית	<input type="checkbox"/> מנכ"ל / סמנכ"ל בחברה בתאגיד סטטוטורי
<input type="checkbox"/> שופט	<input type="checkbox"/> מנכ"ל / סמנכ"ל של משרד ממשלתי
<input type="checkbox"/> בעל תפקיד בכיר / ממלא מקום בארגון בינלאומי	<input type="checkbox"/> תפקיד ציבורי בכיר אחר, פרט: _____

3. האם אתה פועל בשם תאגיד? כן לא

אם התשובה חיובית - האם אחד מבעלי השליטה בתאגיד הוא בעל תפקיד ציבורי בכיר בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות כמפורט להלן (לרבות תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה)? (נא לסמן):

<input type="checkbox"/> אף אחד מבעלי השליטה בתפקיד הינו בעל תפקיד בכיר בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות	<input type="checkbox"/> חבר ממשלה (שר / סגן שר / חבר כנסת)
<input type="checkbox"/> ראש ממשלה	<input type="checkbox"/> קצין צבא בכיר בדרגת תת אלוף ומעלה
<input type="checkbox"/> נשיא מדינה	<input type="checkbox"/> קצין משטרה בכיר בדרגת סגן ניצב ומעלה
<input type="checkbox"/> ראש עיר / ראש עיר / מועצה מקומית	<input type="checkbox"/> מנכ"ל / סמנכ"ל בחברה בתאגיד סטטוטורי
<input type="checkbox"/> סגן ראש עיר / ראש עיר / רשות / מועצה מקומית	<input type="checkbox"/> מנכ"ל / סמנכ"ל של משרד ממשלתי
<input type="checkbox"/> שופט	<input type="checkbox"/> תפקיד ציבורי בכיר אחר, פרט: _____
<input type="checkbox"/> בעל תפקיד בכיר / ממלא מקום בארגון בינלאומי	

שם בעל השליטה _____ שם התאגיד _____

ח.פ. _____ מדינת התאגדות _____

(1) "איש ציבור" - בעל תפקיד ציבורי בכיר, בעבר או בהווה, אשר מונה לתפקיד מטעם מדינת ישראל או מדינה אחרת, ובין אם כיהן/מכהן בתפקיד בישראל או במדינה מחוץ לישראל;

(2) "בן משפחה" - בן זוג וכן אח, הורה, הורה הורה, צאצא או צאצא של בן הזוג, או בן זוג של כל אחד מאלה.

(3) "שותף עסקי" - בעל שליטה משותפת בתאגיד או בעל קשרים עסקיים.

(4) "תפקיד ציבורי בכיר" - לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר מפלגה בכיר, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושא משרה בכיר בחברה ממשלתית, בעל תפקיד קבוע בארגון בין-לאומי או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;