



מספר פוליסה
קוד מחולל

הצעה לביטוח סטטוס עצמאים

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.

מספר סוכן	שם סוכן	תאריך תחילת ביטוח*	חותמת תאריך קבלה בחברה
		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	ילדים <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש
כתובת:	רחוב	מס' בית	מס' דירה	ישוב	מיקוד
מקצוע	עיסוק בפועל	פקס	טלפון בבית:	טלפון נייד:	e-mail:

ב. פרטי הפוליסה	
<p>אופן התשלום: חובה לבחור אחת מהאפשרויות הבאות:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> כרטיס אשראי (יש למלא טופס הוראה לחיוב חשבון) <input type="radio"/> הוראת קבע חדשה לחיוב חשבון בנק (יש למלא טופס הוראה לחיוב חשבון) <input type="radio"/> הוראת קבע לחיוב חשבון בנק, הקיימת בחברתנו. להלן אישור לשימוש בהוראה זו: <p>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.</p> <p>להלן פרטי החשבון: מספר בנק _____ מספר סניף _____ מספר חשבון _____</p> <p>תאריך: _____ שם בעל החשבון: _____ חתימת בעל החשבון x _____</p> <p>במידה והמשלם אינו המועמד הראשי ו/או בעל הפוליסה הנקוב בטופס הצעה זו, יש למלא טופס הצהרת משלם נפרד.</p> <p>תדירות התשלום: <input checked="" type="checkbox"/> חודשית</p>	<p>גיל תום תקופת הביטוח (60-67) _____ במידה שלא צויין, גיל תום יקבע לגיל 67.</p>

ג. הפקדות לקופה לקצבה	
<p>חובה לצרף צילום תעודת זהות בכל הפקדה, במקרה של תושב חוץ חובה לצרף צילום דרכון ותעודה מזהה נוספת.</p>	
<input type="radio"/>	הפקדה חודשית בסך: _____ ש"ח ללא אובדן כושר עבודה
<input type="radio"/>	אובדן כושר עבודה מתוך ההפקדות עם הפקדה חודשית בסך _____ ש"ח
<input type="radio"/>	אובדן כושר עבודה עצמאי ללא הפקדה לחסכון פנסיוני

ד. תכנית החסכון, סכומי ביטוח למקרה מוות		
סוג המוצר	דמי ניהול	הכיסוי הביטוחי
<input type="radio"/> סטטוס 2015	<input type="radio"/> טופ 5000 פלוס** 3% מהפקדה 0.5% מצבירה	<input type="radio"/> ריסק 1*** ש"ח סכום ביטוח _____
<input type="radio"/> סטטוס*	<input type="radio"/> מסלול רגיל 4% מהפקדה 1.05% מצבירה אחר: _____% (נדרש אישור ממח' עסקים)	<input type="radio"/> 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 יינתן בכפוף להפקדה חודשית קבועה של 800 ש"ח ומעלה, מיועד למבוטחים מתחת לגיל 60.

ה. כיסוי אובדן כושר עבודה

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 התברר, 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%.

הרחבות לאובדן כושר עבודה

הגדרת עיסוק ספציפי (עבור עיסוקים המוגדרים כצווארון לבן)

קיצור תקופת המתנה לחודש ימים.

תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת המתנה (פרנצ'יזה).

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

ביטול קיזוז ביטוח לאומי (גמלת תאונות עבודה).

הארכת תקופת ההצמדה של הפיצוי למדד המחירים לצרכן 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 שיווק תוכניות לביטוח מפני אובדן כושר עבודה (חוזר מס' 1-8-2018 או כל חוזר אחר שיחליפו) לרבות בקשה למידע חד פעמי באמצעות המסלקה הפנסיונית והנני מצהיר כי נכון למועד חתימת ההצעה, הכיסוי הנרכש בהצעה זו הינו לכיסוי רובד שכר שלא 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, 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.

ו. העברות כספיים

1. סך הצבירה המועברת _____ 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

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 31.12.2007	<input type="checkbox"/> קופת גמל לתגמולים (ללא תוכנית המשך קצבה)	בחירה בתכנית זו תאפשר שמירה על הזהות הונית של הכספים.	דמי ניהול 1.05% <input type="checkbox"/>
קופ"ג לקצבה	<input type="checkbox"/> קופה לקצבה	בחירה בתוכנית זו תגרסם לאובדן הזהות הונית של הכספים	<input type="checkbox"/> % _____ *
קופ"ג לקצבה	<input checked="" type="checkbox"/> קופה לקצבה		

* לצורך הטבה בדמי ניהול נדרש אישור ממחלקת עסקים.

ז. מסלולי השקעה

תגמולים		תגמולים	
העברות	שוטף	העברות	שוטף
%	%	%	%
%	%	%	%
%	%	%	%
%	%	%	%
%	%	%	%
%	%	%	%
100%	100%		

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 תבצע העברה בגיל המעבר למסלול השקעה תלוי גיל הבא.

ח. מוטבים*

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	קרבה	% חלוקה**
					100%

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

** במידה ולא נמסרו אחוזי חלוקה, יחולקו האחוזים באופן שווה בין המוטבים.

"אפי" 01/2023

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

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

י. הצהרה על פי צו איסור הלבנת הון

אני החתום מטה _____ מספר זהות _____ מצהיר בזאת כי:
 אני פועל בעבור עצמי וכי אין הנהגה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת המבוטח, למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה.
 יש הנהגה בזכויות כאמור ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים. הסיבה לכך: _____
אני מתחייב למסור את פרטי הנהגה מיד עם היוודע זהותו.
 הנהגים בפוליסה/בחשבון הם:

שם	מס' זהות / נ.פ.	תאריך לידה/התאגדות	מען

האם הנהגה 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 _____

יא. הצהרת בעל הרישיון

אני מצהיר בזה כי שאלתי את המועמדת/בעלת הפוליסה את כל השאלות המופיעות לעיל, והתשובות הן כפי שנמסרו/ לי אישית על-ידי הפוליסה ועל-ידי המועמד לביטוח.

תאריך: _____ שם בעל הרישיון _____ מספר בעל הרישיון _____ חתימת בעל הרישיון _____

יב. 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:

- כל התשובות המפורטות בהצעה הן נכונות ומלאות, ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.
- כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בכתב וכן התנאים המקובלים אצל מנורה מבטחים ביטוח לעניין זה ישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- 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.
- ידוע לי שחובה 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.
- מועד הצטרפותי יהא מועד התשלום הראשון בפועל של דמי הגמולים במסגרת בקשה זו, ובלבד שתשלומם נעשה בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי ולהוראות התקנות.
- בעל הרישיון הקבוע בפוליסה ייחשב כשלוש של החברה לרבות לענין קבלת הצעת הביטוח ולענין קבלת ההפקדות, ולא ייחשב 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 ריסק זמני). בקשות אלה הנמסרות לחברה על ידי המעביד, המבוטח, המוטב או כל אדם אחר צריכות להימסר בכתב אך ורק במשרדי החברה.
- המידע נמסר מרצוני ובהסכמתך וישמש להפקת פוליסת/ות הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה/ות או מוצרים ושירותים הקשורים אליהן, לשיפור השירותים, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים, עדכון פרטים בחברות בשליטת קבוצת מנורה מבטחים ולפניות מותאמות אישית, ולצורך מימוש מטרות אלה יכול שהמידע יועבר לצידי שלישיים בהתאם לדין. 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>.
- 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 _____

ט. אני מסכים/ה לא מסכימה/ה להעברת המידע אודותיי לחברות בשליטת קבוצת מנורה מבטחים^[1] לצרכי מחקר וסטטיסטיקה, צורכי ניהול ולשם קבלת הצעות והטבות ביחס למוצריהן ו/או שירותיהן, לרבות אלו המותאמות לי אישית, באמצעות כל פרטי הקשר שמסרתי. אי סימון ישאיר את ההעדפות השיווקיות השמורות במערכות מנורה מבטחים (אם יש) ללא שינוי. להסרה מרשימת התפוצה למידע שיווקי, הצעות הטבות הנשלחות אליי באמצעות דוא"ל או מסרונים וממשלוח פניות מותאמות אישית ניתן לפנות בכל עת ל- <https://ds.menoramivt.co.il/marketing-disapproval/>

[1] לרבות מנורה מבטחים ביטוח בע"מ, מנורה מבטחים פנסיה וגמל בע"מ, שומרה חברה לביטוח בע"מ, אי.אר.אן ישראל בע"מ וחברות קשורות.

תאריך: _____ חתימת המבוטח _____

רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל, וזאת על בסיס נתונים שיועברו אליהם ע"י חברות הביטוח.
במידה ואינך מעוניין 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 במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. כמו כן, רשות שוק ההון הקימה מאגר נוסף, המאפשר למבוטחים ולמוטבים של מבוטחים שנפטרו, 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. ובהר כי שינוי אופן קבלת המסמכים יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

מספר הצהרה 201

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

י. הצהרת בריאות ביטוח חיים

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>	תאריך לידה
----------	---------	-----------	---	------------

שאלון	מבטוח ראשי	שאלון
יש לענות על השאלות שלהלן בסימון V בטור התשובה המתאימה. בכל מקרה של תשובה חיובית יש לצרף שאלון מתאים שמספרו מופיע בסוגריים () בגוף ההצהרה. במידה ויש סימון * לצד האבחנה, יש לצרף תעודה רפואית עדכנית מהרופא המטפל המתייחס לבעיה המוצהרת. מועמדים בני 65 ומעלה-יש לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבך הרפואי כולל ניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מ 5 השנים האחרונות.		
האם הנך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית ו/או תחביב מסוכן? לרשימת פעילויות הספורט/תחביבים אתגריים/מסוכנים יש לפנות לאתר מנורה. במידה והמענה חיובי יש למלא שאלון תחביבים מסוכנים	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
האם הנך בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? במידה והמענה חיובי יש למלא שאלון טיס	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	

שאלון	מבטוח ראשי	שאלון
גובה ס"מ _____ משקל ק"ג _____		
האם הינך מעשן או עישנת במהלך השנתיים האחרונות? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>		
במידה וכן נא פרט: <input type="radio"/> סיגריות <input type="radio"/> סיגרים <input type="radio"/> נרגילה <input type="radio"/> סיגריה אלקטרונית מספר סיגריות ביום: _____		
לתשומת ליבך, ככל שהנך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שנתיים ומעלה, באפשרותך לעדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתבחן האפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים.		

בכל שאלה יש לסמן "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, יש לצרף שאלון בהתאם ולפרט

1.	האם הינך שותה כיום או שתית בעבר יותר מ 2 מנות ביום של משקה אלכוהולי? (1)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון אלכוהול-1
2.	האם הינך צורך כעת או צרכת בעבר סמים מסוג כלשהו (אין להצהיר על שימוש חד פעמי)? (2)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון סמים-2
3.	מהלך בירור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או נמצא כיום במהלך הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנות הרפואיות שטרם הסתיימו וטרם נקבעה בגינן אבחנה סופית? צינתור, מפיפי, אקו לב, MRI, CT, אולטראסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון), ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה? במידה וכן יש להעביר מסמכים רפואיים בסיים הבירור וקבלת אבחנה חד משמעית	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון
4.	האם אובחנה אצלך כיום או בעבר מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן: מח ומע' עצבים: מערכת העצבים* מוח* טרשת נפוצה* תסמונת דאון* נירופירומטוזיס* גושה* ניוון שרירים* אפילפסיה (3) פרקינסון* האם פנית לרופא בשל תלונות על ירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?*	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון אפילפסיה-3 *מכתב רפואי
5.	לב, מחלות דם וכלי דם: לב (4) מחלת דם* תסחיף ריאתי* מפרצת/AVM* הפרעות קרישה (5) DVT (5) PVD חסימה בעורקי צוואר (קרטיס)*	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון לב-4 שאלון כלי דם-5 *מכתב רפואי
6.	בעיה/הפרעה/מחלה נפשית לרבות דיכאון וחרדה (7)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון מצב נפשי-7
7.	המלצה לטיפול תרופתי או דיאטטי ב 10 השנים האחרונות בשל הבעיות הבאות: לחץ דם (6) סוכרת מכל סוג לרבות סוכרת הריון (8) כולסטרול (9) סטריגילצרידים (9)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון לחץ דם-6 שאלון סוכרת-8 שאלון שומנים בדם-9
8.	סרטן וגידולים שפירים: מחלה ממארת (סרטן)/גידולים ממאירים* גידולים שפירים (11) גידולים סרום סרטניים*	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון גידולים שפירים-11 *מכתב רפואי
9.	מע' עיכול: קיבה (12) מעיים (12) וושט (12) טחול* לבלב (12) מחלת כבד (13) צהבת (13) כבד שומני (13) פפיסטולה קרוהן/קוליטיס/פרוקטיטיס (12)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון מע' העיכול-12 שאלון כבד וצהבת-13 *מכתב רפואי
10.	ריאות ונשימה: מחלת ריאות חסימתית (COPD/אמפיזמה)* סיטיטיק פיברוזיס*	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון ריאות-10
11.	כליות ודרכי שתן: כליות (15) מערכת דרכי השתן (15) שלפוחית שתן (15) בלוטת ערמונית (23)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון כליות ודרכי שתן - 15 שאלון גברים - 23
12.	מחלות זיהומיות/דלקתית/ מע' חיסון: איידס/נשאות HIV* שחפת* סרקואידוזיס* סקלרודרמה*	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון מחלות זיהומיות/דלקתית/ מע' חיסון-12

השאלות הבאות מתייחסות רק למצבים רפואיים עליהם לא נשאלת/הצהרת בשאלות קודמות

13.	האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח במהלך 5 השנים האחרונות? (25) אין לענות בחיוב על שאלה זו אם הניתוח בוצע בשל בעיה רפואית עליה השבת בשאלות קודמות	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון ניתוחים ואשפוזים-25
14.	האם אושפזת מעל ל 3 ימים ב 5 השנים האחרונות? (25) אין לענות בחיוב על שאלה זו אם האשפוז בוצע בשל בעיה רפואית עליה השבת בשאלות קודמות	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון ניתוחים ואשפוזים-25
15.	האם טופלת ו/או מטופל כעת בתרופות קבועות או הומלץ לך על טיפול תרופתי קבוע במהלך 5 השנים האחרונות? אין לענות בחיוב על שאלה זו אם הטיפול התרופתי נלקח בשל בעיה רפואית עליה השבת בשאלות קודמות במידה וכן נא פרט: שם התרופה: האבחנה בגינה מטופל/הומלץ טיפול:	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון תרופות-15

ברכישת אובדן כושר עבודה יש לענות גם על השאלות הבאות:

16.	עיניים: קוצר ראייה (עדשות 8 ומעלה) מחלה/בעיה בעיניים (21) אובאיטיס* עיוורון (21)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון עיניים-21 *מכתב רפואי
17.	אף/אוזן/גרונ: אוזניים (22) ליקוי שמיעה/חירשות (22) טינטון מחלת מנייר אף (22) גרון (22) מיתרי הקול (22)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון אף-ג-22
18.	ראומטולוגיה ומחלות אוטואימוניות: FMF קדחת ים תיכונית משפחתית (16) פיברומיאלגיה* תסמונת העייפות הכרונית* לופוס (זאבת)* גאוט/היפראוריצמיה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון FMF - 16 *מכתב רפואי
19.	אורטופדיה: גב ועמוד שדרה (17) ירידה בצפיפות העצם שברים (19) ברכיים (18) מרפקים (18) כתפיים (18) מפרקי ירכיים (18) קרסוליים (18) מחלת מפרקים/דלקת פרקים*	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון עמוד שדרה-17 שאלון מפרקים-18 שאלון שברים-19 *מכתב רפואי
20.	שאלון נשים: רחם (24) שחלות/חצוצרות (24) גידולים בשדיים (24) אנדומטריזיס האם את בהריון כעת? לא <input type="radio"/> כן משקלך לפני ההריון:	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון נשים-24
21.	האם הינך מוגבל באחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכל ולשתות, לשלוט על היסגריה, נידות/הליכה ו/או הינך משתמש באביזר עזר או בעזרת אדם נוסף לביצוע אחת או יותר מהפעולות המפורטות?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שאלון מוגבלות-21

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי X _____

הוראה לחיוב חשבון

טופס 5-10
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

שם בעל כרטיס אשראי	סוג הכרטיס	תוקף עד
מספר זהות	<input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראלכרט <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> ויזה כאל <input type="radio"/> דינרס	
מס' מס' ב"ב	מספר כרטיס אשראי	
מיקוד		

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 _____ 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	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	
614		



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

2. 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).

- א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
- ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול ע"י הוראת כל דין.
- ג. נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
- ד. נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
- ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
- ו. הרשאה שלא יעשה בה שמוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- ח. הבנק רשאי להוציא 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	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	
614		

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

קיבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו 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 בהתייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך _____ בנק _____ סניף _____

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. תקפו 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 לקופת 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 כיסויים 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) ממסלולי השקעה _____

במסלולי השקעה:	במסלולי השקעה (ברירת מחדל)	במרכיב התגמולים	במרכיב הפיצויים
במסלולי השקעה:	בכל מסלולי השקעה (ברירת מחדל)	במרכיב התגמולים	במרכיב הפיצויים
במסלולי השקעה:	בכל מסלולי השקעה (ברירת מחדל)	במרכיב התגמולים	במרכיב הפיצויים

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 בחשבונך 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 לסיכוי מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכוי נכות - ככל שנקבעו, ואשר נדרשים לפי הוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר לפי סעיף 23 (ד) לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) התשס"ה - 2005, לקופת הגמל המקבלת.

2. ידוע לי, כי החל במועד הקובע ואילך תהיו פטורים מלשלם לי כל תשלום שהוא, לרבות בשל חבות ביטוחית, הנובע מהכספים שהועברו לקופת הגמל המקבלת.

3. אני מצהיר, כי למיטב ידיעתי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו מתקיימים כל התנאים המפורטים להלן:

א. לא קיים צו עיקול על חשבוני בקופת הגמל המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל.

ב. לא קיים שעבוד שנעשה כדין על חשבוני בקופת הגמל המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל.

ג. לא קיימת בחשבוני בקופת הגמל המעבירה יתרת חוב בשל הלוואה שטרם נפרעה במלואה.

ד. לא התחלתי לקבל קצבת זקנה מקופת הגמל המעבירה.

ה. לא הגשתי בקשה לקבלת קצבת נכות מקופת הגמל המעבירה שעודה תלויה ועומדת ולא אושרה זכאותי לקבלת קצבת נכות מקופת הגמל המעבירה שטרם פקעה.

ידוע לי, כי ככל שמתקיימים לגבי במועד חתימתי על בקשת העברה זו ועד למועד ההעברה אחד מהתנאים האמורים, 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.

01/2017 - 5001

תאריך: _____

טופס הכר את הלקוח לעניין צו איסור הלבנת הון - יחיד

שם פרטי	שם משפחה
מספר מזהה _____ סוג זיהוי <input type="radio"/> תעודת זהות <input type="radio"/> דרכון	
1. 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? _____	
כתובת מגורים: רחוב _____ מס' בית _____ עיר _____ מיקוד _____ ארץ _____	
2. 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, צפון קוריאה, איחוד האמירויות הערביות, אלבניה, ברבדוס, בורקינה פאסו, איי קיימן, קמבודיה, האיטי, ג'מייקה, טורקיה, ירדן, מאלזיה, מאלטה, מרוקו, מיאנמר, ניקרגואה, פקיסטן, פנמה, פיליפינים, סנגל, דרום סודן, סוריה, אוגנדה, תימן, זימבבואה.	
3. 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"/> נותן שירות אשראי או מתן שירות בנכס פיננסי <input type="radio"/> הימורים <input type="radio"/> עסק שאינו למטרות רווח עמותה/גמ"ח/מלכ"ר <input type="radio"/> בית השקעות <input type="radio"/> קרן הון סיכון <input type="radio"/> הלוואות פרטיות <input type="radio"/> עסק בו עיקר הפעילות במזומן <input type="radio"/> ביצוע העברות כספים מישראל אל מדינות זרות או להיפך <input type="radio"/> סחר בנשק <input type="radio"/> נדל"ן <input type="radio"/> סחר במטבעות וירטואליים או במתכות יקרות <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 עד - 1.5 מיליון ₪ <input type="radio"/> 1.5 מיליון ₪ ומעלה	
4. 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 _____ ציין את התפקיד הציבורי: <input type="radio"/> ראש ממשלה/נשיא <input type="radio"/> שר/סגן שר <input type="radio"/> ראש/סגן רשות מקומית <input type="radio"/> שופט <input type="radio"/> חבר פרלמנט/כנסת <input type="radio"/> מנכ"ל/סמנכ"ל משרד ממשלתי/חברה ממשלתית/תאגיד סטטורי <input type="radio"/> קצין צבא (תת אלוף ומעלה)/קצין משטרה (סנ"צ ומעלה) <input type="radio"/> בכיר בארגון בינ"ל <input type="radio"/> אחר, פרט: _____	
5. האם סורבת בקבלת שירות מגוף פיננסי אחר בשל איסור הלבנת הון? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	
6. סמן את רמת הכנסתך: <input type="radio"/> 0-15,000 ₪ <input type="radio"/> 15,000-30,000 ₪ <input type="radio"/> 30,000 ₪ ומעלה	
7. פרטים נוספים: _____	

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 / ני"ע <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"/> פעילות פיננסית עיסוקית במדינה זרה סוג עסק: _____ שם מדינה: _____ 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

03/2022 - 1102