



הצעה לביטוח סטטוס מנהלים

מספר פוליסה
קוד מחולל

○ פוליסה חדשה ○ העברת כספים לקופת ביטוח (ניוד)

יש לענות על כל השאלות באופן ברור ומלא. אין להשתמש בקווים או בסימנים במקום מילים. הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד.

חותמת תאריך קבלה בחברה	תאריך תחילת ביטוח*	שם סוכן	מספר סוכן
	01 / 20		

* תאריך תחילת ביטוח יקבע לפי המאוחר מבין תאריך החתימה על ההצעה או תאריך תחילת הביטוח הרשום לעיל. הפוליסה תקבל תוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת ביטוח והכל בהתאם ובכפוף לתנאי הפוליסה.

א. פרטי המעסיק

שם מעסיק	מספר התאגדות/ח.פ.	טלפון	מספר מעסיק ממ"ב	מספר מעסיק ממ"פ
המען	מיקוד	פקס.	המען למשלוח	e-mail:

ב. פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות/דרכון	תאריך לידה	מין ○ זכר ○ נקבה	רווק ○ אלמן ○ גרוש ○ נשוי	ילדים
כתובת: רחוב	מס' בית	מס' דירה	ישוב	מיקוד	טלפון בבית:	טלפון נייד:
מקצוע	עיסוק בפועל	פקס.	e-mail:			

ג. תכנית ביטוח יסודית

<p>הסדר פיצויים ברירת מחדל קיים בין העובד והמעביד הסכם שחל עליו סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים התשכ"ג-1963 בהתאם לאישור כללי בדבר תשלומי מעבידים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצוי פיטורים. לתשומת ליבך, הוראות סעיף 14 יחולו על מלוא ההפקדה לרכיב הפיצויים.</p> <p>במידה וקיים לך הסדר אחר מברירת המחדל הנ"ל נא סמן את סוג ההסדר</p> <p>○ זכאות ללא תנאי בכפוף לתקנה 41 כ"ט לתקנות מס הכנסה תחולת זכאות ללא תנאי מתום _____ חודשי עבודה (מועד תחילת העבודה ועד מקסימום 36 חודשים) בהעדר תחולת זכאות בטופס ההצעה, יחשב מועד תחולת הזכאות החל מתום _____ חודש עבודה אחד.</p> <p>○ ללא סעיף 14</p>	<p>○ מנהלים ○ בעלי שליטה</p> <p>הצמדת הפקדות: ○ לשכר ○ למדד</p> <p>גיל תום תקופת הביטוח _____ (60-67) במידה שלא צויין, גיל תום יקבע לגיל 67.</p>	<p>תאריך תחילת עבודה אצל המעביד</p> <p>01 / ____ / 20 ____</p>
---	--	--

ד. הפקדות לקופה לקצבה

<p>פיצויים _____ % משכר</p> <p>תגמולים _____ % משכר</p> <p>○ אובדן כושר עבודה מתוך ההפקדות</p> <p>○ אובדן כושר עבודה על חשבון מעביד מחוץ להפקדות</p> <p>תגמולי עובד _____ % משכר</p>	<p>שכר מבוטח</p> <p>ש"ח _____</p>	<p>הפקדות מעביד</p> <p>הפקדות עובד</p>
--	-----------------------------------	--

ה. תכנית החסכון, סכומי ביטוח למקרה מוות ודמי ניהול בביטוח מנהלים

<p>הכיסוי הביטוחי</p> <p>○ ריסק 1*** ○ ש"ח סכום ביטוח</p> <p>*** כיסוי ביטוחי זה ירכש בפוליסה נפרדת (פרט). המכירה הינה אגב ייעוץ פנסיוני ונדרשת הנמקה במכירה זו. כמו כן יש למלא הוראה לחיוב חשבון.</p>	<p>דמי ניהול</p> <p>○ טופס 5000 פלוס** 3% מהפקדה 0.5% מצבירה</p> <p>○ מסלול רגיל 4% מהפקדה 1.05% מצבירה</p> <p>○ אחר: _____ % (נדרש אישור ממח' עסקים)</p>	<p>סוג המוצר</p> <p>○ סטטוס 2015</p> <p>○ סטטוס*</p>
--	---	--

אפי" 01/2023

* בהתאם לחוזר מקדמי קצבה המגלים הבטחת תוחלת חייים, ניתן לרכוש מוצר זה בהפקה של פוליסה חדשה למבוטחים מגיל 60 ומעלה.
** מסלול טופס 5000 פלוס יינתן לפוליסה עם הפקדות מינימליות בגובה 17.5% לתגמולים ופיצויים עם שכר מבוטח של 5,000 ש"ח ומעלה, מיועד למבוטחים מתחת לגיל 60.

1. כיסוי אובדן כושר עבודה

אובדן כושר עבודה - טופ לעיתידי - בפרמיה משתנה *
 שיעור פיצוי חודשי משכר % _____

נרכש כיסוי ביטוחי זה מתוך ההפקדות לתגמולים בפוליסה, שיעור הפיצוי החודשי יקבע ע"י החברה, כך שהעלות המצטברת של הכיסויים הביטוחיים הנרכשים מתוך ההפקדות, עד לכל אחד ממועדי תשלום הפרמיות, לא תעלה על 35% מסך כל ההפקדות למרכיב התגמולים עד לאותו מועד.

לתשומת ליבך: לאור האמור לעיל, שיעור הפיצוי שיקבע יכול שיהיה נמוך משיעור הפיצוי שהתבקש בטופס ההצעה לעיל.

הרחבות לאובדן כושר עבודה

הגדרת עיסוק ספציפי (עבור עיסוקים המוגדרים כצווארון לבן)

קיצור תקופת המתנה לחודש ימים.

תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת המתנה (פרנציזה).

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

ביטול קיזוז ביטוח לאומי (גמלת תאונות עבודה).

הארכת תקופת ההצמדה למדד של הפיצוי ל 60 חודשים

הגדלת תגמולי ביטוח בתקופת תשלום הפיצוי 1% לשנה 2% לשנה

הגדלת תקרת גג חתם 20% 25%

הצהרות בעל רישיון

1. הצהרה לעניין כיסוי ביטוח קיים - אני מצהיר בזה כי ביצעתי את כל החובות המוטלים עליי על פי חוזר שיווק תוכנית לביטוח מפני אובדן כושר עבודה (חוזר מס' 1-8-2018 או כל חוזר אחר שיחליפו) לרבות בקשה למידע חד פעמי באמצעות המסלוקה הפנסיונית והנני מצהיר כי נכון למועד חתימת ההצעה, הכיסוי הנרכש בהצעה זו הינו לכיסוי רובד שכר שלא מבוטח בחברת ביטוח בשיעור של 75% ושאינו מבוטח בקרן פנסיה.

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

2. העברות כספים

1. סך הצבירה המועברת כ- _____ ש"ח

2. סוג המוצר

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

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="radio"/> קופת גמל לתגמולים (ללא תוכנית המשך קצבה)	- בחירה בתכנית זו תאפשר שמירה על הזהות ההונית של הכספים. - על הכספים ההוניים לא יחול מקדם קצבה מובטח.	דמי ניהול 1.05% <input type="radio"/>
קופ"ג לקצבה	<input type="radio"/> קופה לקצבה	בחירה בתוכנית זו תגרסם לאובדן הזהות ההונית של הכספים	<input type="radio"/> % _____ *
קופ"ג לקצבה	<input checked="" type="radio"/> קופה לקצבה		

* לצורך הטבה בדמי ניהול נדרש אישור ממחלקת עסקים.

3. מסלולי השקעה

מבוטח בהסכם ללא סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים או עם זכאות בלא תנאי בכפוף לתקנה 41 כ"ט לתקנות מס הכנסה	פיצויים		תגמולים		מנורה ביטוח תלוי גיל - ברירת מחדל *
	העברות	שוטף	העברות	שוטף	
לגבי מרכיב הפיצויים, מסלול שונה מברירת המחדל (מנורה ביטוח תלוי גיל) יקבע ע"י העובד רק בכפוף לאישור מעביד. בהיעדר אישור המעביד, יושקע מרכיב הפיצויים במסלול השקעה בהתאם לברירת המחדל בפוליסה.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מנורה ביטוח משולב סחיר
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מנורה ביטוח עוקב מדדים גמיש
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מנורה ביטוח מסלול פאסיבי - מדדי מניות***
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מנורה ביטוח מניות***
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מנורה ביטוח מניות בחו"ל***
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מנורה ביטוח מט"ח***
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מנורה ביטוח אג"ח
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מנורה ביטוח שקלי טווח קצר
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מנורה ביטוח 20/80
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מנורה ביטוח אג"ח ממשלת ישראל
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מנורה ביטוח הלכה
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מנורה ביטוח לבני 50 ומטה **
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מנורה ביטוח לבני 50 עד 60 **
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מנורה ביטוח לבני 60 ומעלה **
	100%	100%	100%	100%	סה"כ

תאריך: _____ **חתימת המעסיק X**

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.

*** בכספי פיצויים המסלולים הנ"ל דורשים אישור מעביד במידה והינך חתום על סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים.

4. מוטבים*

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

 * במידה ולא נמסרו נתונים אחרים, המוטבים למקרה מוות יהיו היורשים החוקיים.
 ** במידה ולא נמסרו אחוזי חלוקה, יחולקו האחוזים באופן שווה בין המוטבים.

5. הצהרת בעל הרישיון

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

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

יא. הצהרת המבוטח

הצהרות המבוטח:
 אני החתום מטה, המבוטח, מבקש להצטרף כמבוטח לתכנית הביטוח מבטחים ביטוח בע"מ (להלן מנורה מבטחים ביטוח), לפי הרשום בטופס זה (להלן "הצעה").
 אני מצהיר בזה כי:
 א. כל התשובות המפורטות בהצעה הן נכונות ומלאות, ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.
 ב. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בכתב וכן התנאים המקובלים אצל מנורה מבטחים ביטוח לעניין זה יישמשו בסיס לחזיה הביטוח ביני לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
 ג. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעת בלעדי של מנורה מבטחים ביטוח היא ראשית 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 ובכפוף לתנאי הפוליסה.
 ה. תוספת להצהרת המבוטח במקרה של ביטוח אי כושר עבודה:
 אני מצהיר בזה כי הפיצויים המבוקשים לפי ביטוח אי כושר עבודה, במידה ויעשה ביטוח נוסף זה, יחד עם הפיצויים החודשיים המבוטחים על-ידי פוליסות אחרות מסוג זה בכל חברות הביטוח אינם עולים על 75% מהכנסותי החודשית הממוצעת בשנה האחרונה.
 ו. ידוע לי ומוסכם עליי כי ביחס לרכיב הפיצויים בפוליסה, בהעדר זכאות ללא תנאי ו/או הסכם על פי האישור הכללי ו/או בהינתן הסכם קיבוצי ו/או הסכם אחר לפי סעיף 26 לחוק פיצויי פיטורין, התשכ"ג - 1963 המעסיק יהיה רשאי לקבל חזרה את הכספים שנצברו ברכיב הפיצויים בכפוף לקבלת הצהרת המעסיק בכתב כי העובד אינו זכאי לפיצויי פיטורים ובצירוף כתב שיפוי לטובת מנורה מבטחים ביטוח בע"מ בנוסח שהוכן על ידה.
 ז. השיירות, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים, עדכון פרטים בחברות בשליטת קבוצת מנורה מבטחים ולפניות מותאמות אישית, ולצורך מימוש מטרות אלה יכול שהמידע יועבר לצדדים 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>

תאריך: _____ **X** תחיתת המבוטח _____

ח. **אני מסכימה/ה או 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 שמסרת. אי סימון ישאיר את ההעדפות השיווקיות השמורות במערכת מנורה מבטחים (אם יש) ללא שינוי. להסרה מרשימת התפוצה למידע שיווקי, הצעות והטבות הנשלחות אליי באמצעות דוא"ל או מסרונים וממשלוח פניות מותאמות אישית ניתן לפנות בכל עת ל- <https://ds.menoramivt.co.il/marketing-disapproval/>

[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: _____ **X** תחיתת המבוטח _____

רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון 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.
 לידעתך, אי העברת הנתונים לרשות שוק ההון תמנע ממך לראות במרכז 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 חסכוניות פנסיוניים. במידה והנך מעוניין שבקשת ההסרה תחול גם על הנתונים המועברים למאגר זה אנא ציין זאת בבקשתך.

הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדוח התקופתי (להלן - המסמכים) ישלחו אליך בדואר אלקטרוני או באמצעות מסרון לטלפון הנייד. ככל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל, יש לציין בהמשך את כתובת הדואר למשלוח המסמכים. במידה והודעת לחברתנו בעבר כי הינך מעוניין לקבל את הדיווחים בדואר ישראל, הדיווחים ישלחו בדואר ישראל כל עוד לא תעביר בקשה מפורשת אחרת באחד מהאמצעים המפורטים מטה. באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי ההתקשרות עמנו באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות ב-2000* או באמצעות כניסה למידע האישי שלך באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.menoramivt.co.il. יובהר כי שינוי אופן קבלת המסמכים יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

יב. כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" (להלן: "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי ובאופן שידרש על ידי המבקש והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

פרטי המטופל: (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחותם הינו האפוסטרופוס החוקי).

שם המועמד _____ מס' ת.ז. _____
 כתובת _____ תאריך _____ חתימה _____
 פרטי העד לחתימה: (עו"ד, רופא, סוכן ביטוח) _____
 שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____
 מס' רשיון _____ חתימת עד _____

"אפ" 01/2023

מספר הצהרה 201

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

יג. הצהרת בריאות ביטוח חיים

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

מס'	שאלון	מבטח 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
			האם הנך בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? במידה והמענה חיובי יש למלא שאלון טיס

מס'	שאלון	מבטח ראשי	שאלון
			שאלות כלליות על מצב רפואי
			גובה ס"מ _____ משקל ק"ג _____ האם הינך מעשן או עישנת במהלך השנתיים האחרונות? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא 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 שתיבחן 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)	שאלון אלכוהול-1	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
2.	האם הינך צורך כעת או צרכת בעבר סמים מסוג כלשהו (אין להצהיר על שימוש חד פעמי)? (2)	שאלון סמים-2	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
3.	מהלך בירור תופעה או מחלה שטרם הסתיימה: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או נמצא כיום במהלך הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנות הבאות שטרם הסתיימו וטרם נקבעה בגינן אבחנה סופית? צינתור, מיפוי, אקו לב, MRI, CT, אולטראסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון), ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה? במידה וכן יש להעביר מסמכים רפואיים בסיום הבירור וקבלת אבחנה חד משמעית		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא

מס'	שאלון	מבטח ראשי	שאלון
4.	האם אובחנה אצלך כיום או בעבר מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן: מח ומע' עיניים: <input type="radio"/> מערכת העיניים * מוח * טרשת נפוצה * תסמונת דאון * ניורופירומטוזיס * גושה * ניוון שרירים * אפילפסיה (3) * פרקינסון * האם פנית לרופא בשל תלונות על ירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות? *		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
5.	לב, מחלות דם וכלי דם: <input type="radio"/> לב (4) <input type="radio"/> מחלת דם * <input type="radio"/> תסחיף ריאתי * <input type="radio"/> מפרצת/AVM * <input type="radio"/> הפרעות קרישה (5) <input type="radio"/> DVT (5) <input type="radio"/> PVD <input type="radio"/> חסימה בעורקי צוואר (קרטיס) *		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
6.	בעיה/הפרעה/מחלה נפשית לרבות דיכאון וחרדה (7)		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
7.	המלצה לטיפול תרופתי או דיאטטי ב 10 השנים האחרונות בשל הבעיות הבאות: <input type="radio"/> לחץ דם (6) <input type="radio"/> סוכרת מכל סוג לרבות סוכרת הריון (8) <input type="radio"/> כולסטרול (9) <input type="radio"/> סטיגליצרידים (9)		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
8.	סרטן וגידולים שפירים: <input type="radio"/> מחלה ממארת (סרטן)/גידולים ממאירים * <input type="radio"/> גידולים שפירים (11) <input type="radio"/> גידולים טרום סרטניים *		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
9.	מע' עיכול: <input type="radio"/> קיבה (12) <input type="radio"/> מעיים (12) <input type="radio"/> וושט (12) <input type="radio"/> טחול * <input type="radio"/> בלבב (12) <input type="radio"/> מחלת כבד (13) <input type="radio"/> צהבת (13) <input type="radio"/> כבד שומני (13) <input type="radio"/> פפיסטולה <input type="radio"/> קרוהן/קוליטיס/פרוקטיטיס (12)		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
10.	ריאות ונשימה: <input type="radio"/> מחלת ריאות חסימתית (COPD/אמפיזמה) * <input type="radio"/> סיסטיק פיברוזיס *		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
11.	כליות ודרכי שתן: <input type="radio"/> כליות (15) <input type="radio"/> מערכת/דרכי השתן (15) <input type="radio"/> שלפוחית שתן (15) <input type="radio"/> בלוטת ערמונית (23)		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
12.	מחלות זיהומיות/דלקתיות/מע' חיסון: <input type="radio"/> איידס/נשואת HIV * <input type="radio"/> שחפת * <input type="radio"/> סרקואידוזיס * <input type="radio"/> סקלרוזרמה *		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא

מס'	שאלון	מבטח ראשי	שאלון
13.	השאלות הבאות מתייחסות רק למצבים רפואיים עליהם לא נשאלת/הצהרת בשאלות קודמות 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		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
14.	האם אושפדת 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		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
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: _____		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא

מס'	שאלון	מבטח ראשי	שאלון
16.	בריכת שאת אובדן כושר עבודה יש לענות גם על השאלות הבאות: עיניים: <input type="radio"/> קוצר ראייה (עדשות 8 ומעלה) <input type="radio"/> מחלה/בעיה בעיניים (21) <input type="radio"/> אובאיטיס * <input type="radio"/> עיוורון (21)		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
17.	אף/אוזן/גרונ: <input type="radio"/> אוזניים (22) <input type="radio"/> ליקוי שמיעה/חירשות (22) <input type="radio"/> טינטון <input type="radio"/> מחלת מנייר <input type="radio"/> אף (22) <input type="radio"/> גרון (22) <input type="radio"/> מיתרי הקול (22)		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
18.	ראומטולוגיה ומחלות אוטואימוניות: <input type="radio"/> FMF קדחת ים תיכונית משפחתית (16) <input type="radio"/> פיברומיאליגיה * <input type="radio"/> תסמונת העייפות הכרונית * <input type="radio"/> לופוס (זאבת) *		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
19.	אורטופדיה: <input type="radio"/> גב ועמוד שדרה (17) <input type="radio"/> ירידה בצפיפות העצם <input type="radio"/> שברים (19) <input type="radio"/> ברכיים (18) <input type="radio"/> מרפקים (18) <input type="radio"/> כתפיים (18) <input type="radio"/> מפרקי ירכיים (18) <input type="radio"/> קרסוליים (18) <input type="radio"/> מחלת מפרקים/דלקת פרקים *		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
20.	שאלון נשים: <input type="radio"/> רחם (24) <input type="radio"/> שחלות /חוצרות (24) <input type="radio"/> גידולים בשדיים (24) <input type="radio"/> אנדומטריוזיס <input type="radio"/> האם את בהריון כעת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> משקלך לפני ההריון: _____		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
21.	האם הינך מוגבל באחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכל ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידות/הליכה ו/או הינך משתמש באבזר עזר או בעזרת אדם נוסף לביצוע אחת או יותר מהפעולות המפורטות?		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא

חתימת מועמד ראשי X _____

תאריך: _____

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' מיקוד	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 שיופסק 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
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	614



לכבוד בנק _____ סניף _____
כתובת _____

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

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

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

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

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

- מבקשים בזה להקים בחשבוננו הני"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיוצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
- כמו כן יחולו ההוראות הבאות:
 - עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
 - ההרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
 - נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
 - נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
 - הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
 - ההרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 - אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 - הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
- 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
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/נכם 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 הוצא/ בעלי החשבון מן ההסדר.

אישור זה לא יפגע בהתייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

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. תוקפו של ייפוי כוח

שים לב! באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה

- הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.
- הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ-10 שנים - עד ליום _____.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך החתימה

חתימת הלקוח

תאריך החתימה

חתימת סוכן הביטוח/
היועץ הפנסיוני

שם סוכן הביטוח/
היועץ הפנסיוני

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 והתקנות בהתאמה). לכל מונח במסמך זה תהא המשמעות הנודעת לו בתקנות, אלא אם כן נקבע בו במפורש אחרת.

1. פרטי העמית

שם משפחה	שם פרטי	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) במסלולי השקעה _____

במסלולי השקעה:	במסלולי השקעה (ברירת מחדל)	במרכיב התגמולים	במרכיב הפיצויים
במסלולי השקעה:	במסלולי השקעה (ברירת מחדל)	במרכיב התגמולים	במרכיב הפיצויים
במסלולי השקעה:	במסלולי 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 מרכיבי 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 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.