



קוד מחולל	מספר פוליסה
-----------	-------------

הצעה לביטוח חיים סטטוס אישי

סופס 10-210

חותמת תאריך קבלה בחברה	תאריך תחילת ביטוח*	שם הסוכן	מספר הסוכן
	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.

יש לענות על השאלות באופן ברור ומלא. אין להשתמש בקווים או בסימונים במקום מילים. הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד. הינך עומד לרכוש את הפוליסה חסכון אישי בחברת הביטוח "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" טל' שירות לקוחות *2000

א. פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה (אם שונה מהמבוטח הראשי)

שם בעל הפוליסה	מספר זהות	מקום נתינת תעודה מזהה	תאריך לידה	טלפון נייד
משלם חריג	תאגיד <input type="radio"/> ישראלי חוץ <input type="radio"/>	תאריך התאגדות	מצ"ב תצלום <input type="radio"/> תעודה מזהה <input type="radio"/>	e-mail:
רחוב	מס' בית	מס' דירה	יישוב	מיקוד
				מס' טלפון

הצהרה לעניין תושבות מס לצורך FATCA-CRS

1. האם אתה אזרח ארה"ב? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	2. האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	אם סימנת "כן" בסעיפים 1 ו-2 (באחד מהסעיפים או בשניהם) נא צרף טופס W9 מלא על כל פרטיו, הכולל רישום של מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצורכי מס ארה"ב (US TIN) טופס W9 ניתן להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS).
3. האם הנך תושב לצורכי מס במדינה זרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן נא למלא שאלון להלן: יש למלא באנגלית את הפרטים הבאים		
מדינות תושבות	שם פרטי FIRST NAME	שם משפחה LAST NAME
<p>במקרה בו בעל הפוליסה הינו תאגיד או חבר בני אדם</p> <p>1. האם הנך תאגיד אמריקאי או תאגיד שהתאגד בארה"ב? <input type="radio"/> כן (העבר: טופס W9) <input type="radio"/> לא (העבר: טופס W8BENE)</p> <p>טפסי W8, W9, ניתנים להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS).</p> <p>2. יש למלא שאלון CRS לתאגיד (חובה לכל תאגיד, השאלון זמין בפורטל החברה ובאתר האינטרנט).</p>		
<p>אני מצהיר/ה בזאת כי מסרתי מידע מלא ומהימן.</p> <p>ידוע לי שיתכן והמידע ידווח לרשויות המס בישראל ו/או בחו"ל.</p> <p>מחובתך לעדכן את החברה בכל שינוי תוך 30 ימים.</p> <p>שם _____ תאריך _____ חתימה _____</p>		

ב. פרטי מבוטח ראשי

שם מלא (משפחה ופרטי)	מספר זהות	תאריך לידה	מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/>	אלמן ילדים <input type="radio"/>
כתובת: רחוב	מס' בית	מס' דירה	יישוב	מיקוד	e-mail:
מקצוע	עיסוק בפועל	טלפון בבית	טלפון נייד		

הצהרה לעניין תושבות מס לצורך FATCA-CRS

1. האם אתה אזרח ארה"ב? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	2. האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	אם סימנת "כן" בסעיפים 1 ו-2 (באחד מהסעיפים או בשניהם) נא צרף טופס W9 מלא על כל פרטיו, הכולל רישום של מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצורכי מס ארה"ב (US TIN) טופס W9 ניתן להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS).
3. האם הנך תושב לצורכי מס במדינה זרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן נא למלא שאלון להלן: יש למלא באנגלית את הפרטים הבאים		
מדינות תושבות	שם פרטי FIRST NAME	שם משפחה LAST NAME
<p>אני מצהיר/ה בזאת כי מסרתי מידע מלא ומהימן.</p> <p>ידוע לי שיתכן והמידע ידווח לרשויות המס בישראל ו/או בחו"ל.</p> <p>מחובתך לעדכן את החברה בכל שינוי תוך 30 ימים.</p> <p>שם _____ תאריך _____ חתימה _____</p>		

ג. פרטי מבוטח שני

שם מלא (משפחה ופרטי)	מספר זהות	תאריך לידה	מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/>	אלמן ילדים <input type="radio"/>
כתובת: רחוב	מס' בית	מס' דירה	יישוב	מיקוד	e-mail:
מקצוע	עיסוק בפועל	טלפון בבית	טלפון נייד		

מס' פוליסה

מס' הזהות/דרכון

שם בעל הפוליסה

ד. פרטי הפוליסה

תום תקופת הביטוח לגיל _____

הצמדת הפרשות: למדד פרמיה _____ בש"ח

אופן התשלום: חובה לבחור אחת מהאפשרויות הבאות:

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

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

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

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

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

תדירות התשלום: חודשית

ה. טופ לעתיד - שחרור

מבוטח ראשי	מבוטח משני
<input type="radio"/> טופ לעתיד שחרור - בפרמיה משתנה* הרחבות לשחרור <input type="radio"/> הגדרת עיסוק ספציפי (עבור עיסוקים המוגדרים כצווארון לבן) <input type="radio"/> קיצור תקופת המתנה לחודש ימים. <input type="radio"/> תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת ההמתנה (פרנצ'יזה). (ככל שנרכשה תקופת המתנה של חודש אחד, הרחבה זו לא תרכש אף אם סומנה).	<input type="radio"/> טופ לעתיד שחרור - בפרמיה משתנה* הרחבות לשחרור <input type="radio"/> הגדרת עיסוק ספציפי (עבור עיסוקים המוגדרים כצווארון לבן) <input type="radio"/> קיצור תקופת המתנה לחודש ימים. <input type="radio"/> תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת ההמתנה (פרנצ'יזה). (ככל שנרכשה תקופת המתנה של חודש אחד, הרחבה זו לא תרכש אף אם סומנה).

* לפי גיל תום תקופת הביטוח של תכנית הביטוח היסודית, ולא יותר מגיל 67.

ו. דמי ניהול
 6% מהפקדה 1.5% מצבירה

ז. 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.

01/2023 "אפי"

שם בעל הפוליסה	מס' הזהות/דרכון	מס' פוליסה
----------------	-----------------	------------

ח. מסלולי השקעה	
מנורה ביטוח כללי	%
מנורה ביטוח מסלול פאסיבי - מדדי מניות	%
מנורה ביטוח מניות	%
מנורה ביטוח מניות בחו"ל	%
מנורה ביטוח מט"ח	%
מנורה ביטוח 20/80	%
מנורה ביטוח אג"ח	%
מנורה ביטוח שקלי טווח קצר	%
מנורה ביטוח אג"ח ממשלת ישראל	%
מנורה ביטוח הלכה	%
סה"כ	100%

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

ט. גילוי נאות													
<p>סה"כ הפקדה שוטפת בתוכנית הונית _____ ש"ח</p> <p>דמי ניהול מהפקדה % _____ דמי ניהול מצבירה % _____</p> <p>סכום חד פעמי צפוי _____ לגיל _____ בריבית ברוטו של 4% ובניכוי דמי ניהול שנתיים מהחסכון המצטבר של % _____</p> <p>סכום ביטוח למקרה מוות לפי הפקדה חודשית ראשונה _____ בפרמיה _____ ש"ח</p> <p>סכום ביטוח לכיסוי _____ לפי הפקדה חודשית ראשונה _____ בפרמיה _____ ש"ח</p> <p>סכום ביטוח לכיסוי _____ לפי הפקדה חודשית ראשונה _____ בפרמיה _____ ש"ח</p> <p>סכום ביטוח לכיסוי _____ לפי הפקדה חודשית ראשונה _____ בפרמיה _____ ש"ח</p>	<p>י. כיסויים ביטוחיים</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>מבטח ראשי</th> <th>מבטח שני</th> <th>החסכון המצטבר מובא בחשבון</th> <th>הסכום בש"ח</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>בתוכנית "ריסק"</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>בתוכנית "ריסק"</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	מבטח ראשי	מבטח שני	החסכון המצטבר מובא בחשבון	הסכום בש"ח	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	בתוכנית "ריסק"		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	בתוכנית "ריסק"	
מבטח ראשי	מבטח שני	החסכון המצטבר מובא בחשבון	הסכום בש"ח										
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	בתוכנית "ריסק"											
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	בתוכנית "ריסק"											
<p>* לדיעתך, בכל סוגי המסלולים מדובר בהמחשה בלבד ולכן רווחי ההשקעה והתמורה אינם מובטחים וקיימת אפשרות לתשואה שלילית. יתכן והתוצאות בפועל יהיו טובות או גרועות יותר מהמוצג בהמחשה.</p> <p>* בהגיע המבטח לגיל _____ יפוג תוקף הפוליסה וימשוך את הכספים שנצברו לזכותו בדרך של סכום חד פעמי.</p> <p>* במקרה בו בעל הפוליסה יהיו תאגיד או חבר בני אדם, בהגיע המבטח לגיל 67 יפוג תוקף הפוליסה וימשוך את הכספים שנצברו לזכותו בדרך של סכום חד פעמי.</p> <p>* לבעל הפוליסה, תוך 60 ימים מקבלת תכנית חסכון חדשה לבטלה והנך זכאי להחזר של כל ההפקדות ששילמת בניכוי דמי ניהול מהחסכון המצטבר ובצמוד לתשואות בגין מסלולי ההשקעה כפי שנקבעו בפוליסה.</p> <p>* יש להציג גילוי נאות לגיל פרישה של המבטח (במידה ומעל גיל פרישה, אין חובה להציג סכום חד פעמי צפוי לגיל אחר)</p> <p>תאריך _____ חתימת בעל המבטח _____ חתימת הרישוי _____ חתימת המבוטח _____ חתימת בעל הפוליסה _____</p>													

יא. הצהרה על פי צו איסור הלבנת הון

הצהרת בעל הפוליסה

אני החתום מטה _____ מספר זהות _____ מצהיר בזאת כי אני פועל בעבור עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זו לטובת בעל הפוליסה והמבטח, למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה.

יש נהנה בזכויות כאמור ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים. הסיבה לכך: _____

אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.

הנהנים בפוליסה/בחשבון הם:

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

בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא במקרה שבו המצהיר הוא תאגיד):

שם	מס' זהות	תאריך לידה

האם הנהנה איש ציבור? לא כן, בארץ כן בחו"ל. פרט: _____

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.

ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק איסור הלבנת הון, התש"ס-2000, מהווה עבירה פלילית.

תאריך _____ חתימה _____

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 שנועבר 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 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 חסכונית 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 כניסה 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.

"אפי" 01/2023

י. הצהרת המועמדים לביטוח חיים

אני החתום מטה, מבקש בזה ממנורה מבטחים ביטוח בע"מ ("מנורה מבטחים ביטוח") להצטרף לתכנית הביטוח לפי הרשום בטופס זה ובהצהרת הבריאות המצורפת (להלן "הצהרה"). אני מצהיר בזאת כי:

- כל התשובות המפורטות בהצעה הן נכונות ומלאות, ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום סכום הביטוח בהתאם לחוק.
- כל התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר למנורה מבטחים ביטוח בכתב וכן התנאים המקובלים במנורה מבטחים ביטוח לעניין זה יישמשו בסיס לחזרה הביטוח ביני לבין החברה והיוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני מאשר ומסכים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתה הבלעדי של מנורה מבטחים ביטוח והיא רשאית לדחות את ההצעה.
- ידוע לי שחזרה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שההפקדה הראשונה שולמה במלואה או החברה קיבלה אמצעי תשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה ובתנאי שהמבוטח בחיים. תנאי זה הינו תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף, והכל בהתאם לתנאי הפוליסה.
- המידע נמסר מצורך 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 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: _____ חתימת מועמד ראשי לביטוח X _____ חתימת מועמד משני לביטוח X

קבלת מידע מהותי והתאמת הביטוח לצרכי המועמד

- אני מצהיר כי נמסר לי מידע מהותי לגבי הכיסוי הביטוחי, לרבות מידע הכולל את עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים, תקופות אכשרה/המתנה/החרגות, ככל שישנן.
- אני מאשר כי בעל הרשיון בירר את צורכי וביצע עבורי הליך התאמה לביטוח, לרבות בחינה של תוכניות ביטוח רלוונטיות נוספות שברשותי ולכל הפחות באמצעות בדיקה באתר הר הביטוח. במידה ונמצא כי ישנן תכניות רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה ונמסר לי עותק מתוצאותיו. כמו כן, ידוע לי כי פרטי הפוליסה יופיעו באתר הר הביטוח וכי אם ברצוני לבטל זאת עלי לפנות בהמשך, שלא במעמד הצירוף, לחברת הביטוח.
- אישור מועמדים לביטוח שביצעו החלפת פוליסות** (ביטול/הקטנה של תכנית ביטוח עקב מעבר לתכנית חדשה) - אני מאשר כי הובהר לי שבאפשרותי לבטל מתחילה את תכנית הביטוח החדשה אליה ביקשתי להצטרף בטופס זה וזאת בתוך 60 ימים ממועד כריתת החוזה ובתנאי שלא הגשתי תביעה בשל מקרה ביטוח בתקופה זו, וכי אהיה זכאי להחזר דמי הביטוח שנגבו בשל תקופה זו. בכל מקרה, הובהר לי כי מקרה ביטוח שאירע בין מועד ביטול הפוליסה המקורית לבין המועד שבו הנני מעוניין לחזור לפוליסה זו לא יכוסה.

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי לביטוח X _____ חתימת מועמד משני לביטוח X

הצהרת מועמד לביטוח בדבר קיומה של פוליסת פיצוי אשר מבטחת מקרה ביטוח דומה: (חובה למלא במידה וקיימת פוליסת פיצוי המבטחת מקרה דומה)

- הריני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה אחרת, המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, והנני מאשר ומסכים בזאת כי:
 - הצירוף לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי
 - במעמד חתימתי על טופס הצעה זה הוסבר לי, כי צירופי לביטוח המוצע במסגרת טופס זה הוא עבור פוליסה אחרת נוספת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה לזה המבוטח בפוליסה הקיימת בידי, וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות*
 - הריני מאשר כי בכוונתי לבטל פוליסה קיימת, וזאת בשל צירופי לפוליסה שמפורטת במסמך הצעה זה. כמו כן, ידוע לי כי ביטול הפוליסה הקיימת על ידי הינו באחריותי, וכי אין בחתימתי על טופס זה בכדי להוות הודעת ביטול ואו בכדי לאשר כניסתו לתוקף של ביטול הפוליסה הקיימת**
- * אין באמור משום אישור על קיומה של פוליסה בחברתנו.
** יש להעביר בקשת ביטול במקביל להצעה.

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי לביטוח X _____ חתימת מועמד משני לביטוח X

אני מסכימה/ה לא מסכימה/ה להעברת המידע אודותיי לחברות בשליטת קבוצת מנורה מבטחים^[1] לצרכי מחקר וסטטיסטיקה, צורכי ניהול ולשם קבלת הצעות והטבות ביחס למצורפה/ן ואו שירותיה/ן, לרבות אלו המותאמות לי אישית, באמצעות כל פרטי הקשר שמסרת. אי סימון ישאיר את ההעדפות השיווקיות השמורות במערכות 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: _____ חתימת מועמד ראשי לביטוח X _____ חתימת מועמד משני לביטוח X

יא. הליך צירוף לביטוח – ככל שבטופס הצעה זה נדרש צירוף של יותר ממועמד אחד לביטוח, הביטוח יופק לאחר השלמת הליך הבירור והחיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.

○ **אישור הפקת ביטוח לחלק מהמועמדים לביטוח –** במקרה בו נדרש המשך הליך בירור ו/או חיתום עבור חלק מהמועמדים לביטוח, אני מסמיך את סוכן הביטוח בפוליסה, ככל שניתן, לבקש בשמי, כי תופק פוליסת ביטוח למועמדים לביטוח שניתן לקבלם לביטוח מבלי להמתין להשלמת הבירור ו/או הליך החיתום עבור המועמדים שדרש בגינם המשך בירור ו/או חיתום. כמו כן, במקרה והליך הבירור ו/או החיתום מתבצע עבור המועמד הראשי, המועמד המסומן בטופס כמועמד שני יופק כמבטוח ראשי.

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי לביטוח X _____ חתימת מועמד משני לביטוח X

יג. 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 ("המידע") 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 מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר. השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישבו תביעות בלבד.

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

שם מבוטח ראשי: _____ ת.ז: _____ כתובת: _____ תאריך: _____ חתימה X

שם מבוטח משני: _____ ת.ז: _____ כתובת: _____ תאריך: _____ חתימה X

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

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____

מס' רשיון _____ חתימת עד _____

יד. הצהרת סוכן

- אני מצהיר בזאת כי שאלתי את המועמד/ת לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידי המועמד/ת לביטוח.
- אני מצהיר בזאת כי ביעצתי הליך התאמה לרבות באמצעות בדיקה באתר הר הביטוח וכי מסרתי למועמד/ת לביטוח מידע מהותי לגבי הביטוח בהתאם להוראות חוזר צירוף לביטוח (7 - 1 - 2016) או כל חוזר שיבוא במקומו וכי הצעתי למועמד/ת לביטוח תוכנית ביטוח התואמת את צרכיו/צרכיה.
- ככל שהנך אזרח ותיק, הליך הצירוף לביטוח לרבות התאמת צרכים, כולל מסירת נספח ו' לחוזר צירוף לביטוח ("תמצית תנאי הביטוח") ועמידה בהוראות שיווק ביטוח באופן זיום.
- במידה שקיימות תכניות ביטוח רלוונטיות נוספות, בוצע הליך התאמה הכולל, בין היתר, השוואה בין ההצעות הקיימות למועמד/ת לביטוח, ככל שישנן, בתכנית הביטוח המוצעת אלול בתכנית הביטוח המקורית, ועותק מתוצאות ההתאמה נמסר למועמד/ת לביטוח.
- אני מאשר כי ככל שקיימת פוליסת פיצוי רלוונטית נוספת, הנחתי את המועמד/ת לביטוח למלא את הצהרת הכפל - הצהרה ט' בהצהרות המועמדים לביטוח, וכן כי התשובות שניתנו על ידי המועמד/ת לביטוח להצהרת הכפל - הצהרה ט', אומתו על ידי באמצעות הליך התאמה שכלל בדיקה באתר הר הביטוח.
- ביטול פוליסה קיימת (חובה למלא כאשר קיימת פוליסה נוספת שנדרש לבטלה)**
ככל שנמצא בהליך ההתאמה כי קיימת פוליסה נוספת שהמועמד/ת לביטוח מבקש/ת לבטלה, המועמד/ת לביטוח מעוניין/ת שבקשת הביטול תשלח
○ באמצעות החברה: מצורף בזה בקשת ביטול מלאה וחתומה - נספח ג.
○ באמצעות הסוכן: הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול לחברת הביטוח בה מתנהלת הפוליסה / תוכנית הביטוח הקיימת.
- במידה ובוצעה פעולה כלשהי מול המועמד/ת לביטוח באמצעות שיחה טלפונית, השיחה תועדה בהקלטת שמע

תאריך: _____ שם סוכן X _____ מספר סוכן X _____ חתימת סוכן X

מספר הצהרה 201

שם בעל הפוליסה	מס' הזהות/דרכון	מס' פוליסה
----------------	-----------------	------------

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

טו. הצהרת בריאות ביטוח חיים

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

מס'	שאלון	מבוטח ראשי	מבוטח משני
	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 תעודת רפואית עדכנית מהרופא המטפל המתייחס לבעיה המוצהרת. מועמדים בני 65 ומעלה יש לצרף תעודת רפואית המתייחסת למצב הרפואי כולל ניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מ 5 השנים האחרונות.	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
	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	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
	האם הנך בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? במידה והמענה חיובי יש למלא שאלון טיס	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן

שאלות כלליות על מצב רפואי

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

כל 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)	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
2.	האם הינך צורך כעת או צרכת בעבר סמים מסוג כלשהו (אין להצהיר על שימוש חד פעמי) (2)	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
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 בגינת 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 <input type="radio"/> כן
מס'	האם אובחנה אצלך כיום או בעבר מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:	מבוטח ראשי	מבוטח משני
4.	מח ומע' עצבים: מערכת העצבים * מוח * טרשת נפוצה * תסמונת דאון * נירופיברומטוזיס * 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 <input type="radio"/> כן
5.	לב, מחלות דם וכלי דם: לב (4) * מחלת דם * תסחיף ריאתי * מפרצת AV/AVM * הפרעות קרישה (5) * DVT (5) * PVD * חסימה בעורקי צוואר (קרטיס) *	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
6.	בעיה/הפרעה/מחלה נפשית לרבות דיכאון וחרדה (7)	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
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) * סטיגמטיות (9)	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
8.	סרטן וגידולים שפירים: מחלה ממארת (סרטן/גידולים ממאירים * גידולים שפירים (11) * גידולים סרטניים *	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
9.	מע' עיכול: קיבה (12) * מעיים (12) * וושט (12) * טחול * בלב (12) * מחלת כבד (13) * צהבת (13) * כבד שומני (13) * פיטטוזה * קרוהן/קוליטיס/פרוקטיטיס (12)	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
10.	ריאות נושמה: מחלת ריאות חסימתית (COPD/אמפיזמה) * סיטיק פיברוזיס *	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
11.	כליות ודרכי שתן: כליות (15) * מערכת/דרכי השתן (15) * שלפוחית שתן (15) * בלוטת ערמונית (23)	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
12.	מחלות זיהומיות/דלקתיות/מע' חיסון: איידס/נשאות HIV * שחפת * סרקואידוזיס * סקלרודרמה *	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
מס'	השאלות הבאות מתייחסות רק למצבים רפואיים עליהם לא נשאלת/הצהרת בשאלות קודמות	מבוטח ראשי	מבוטח משני
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	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
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	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
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 <input type="radio"/> כן
מס'	ברכישת שחרור יש לענות גם על השאלות הבאות:	מבוטח ראשי	מבוטח משני
16.	עניינים: קוצר ראה (עדשות 8 מעלה) * מחלה/בעיה בעיניים (21) * אובאיטיס * עיוורון (21)	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
17.	אף/אוזן/גרונ: אוזניים (22) * ליקוי שמיעה/חירשות (22) * טינטון * מחלת מנייר * אף (22) * גרון (22) * מיתרי הקול (22)	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
18.	ראומטולוגיה ומחלות אוטואימוניות: FMF קדחת ים תיכונית משפחתית (16) * פיברומיאליגיה * תסמונת העייפות הכרונית * לופוס (זאבת) *	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
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 *	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
20.	שאלון נשים: רחם (24) * שחלות/חצוצרות (24) * גידולים בשדיים (24) * אנדומטריוזיס * האם הית בהריון בעת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן משקלך לפני ההריון: _____	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
21.	האם אתך מוגבל באחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכל ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נייחות/הליכה ו/או הינך משתמש באביזר עזר או בעזרת אדם נוסף לביצוע אחת או יותר מהפעולות המפורטות?	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי X תאריך: _____ חתימת מועמד משני X

הוראה לחיוב חשבון

טופס 5-10

6400000275

חותמת תאריך קבלה בחברה	תאריך תחילת ביטוח	שם הסוכן	מספר הסוכן
	20 01		
פרטי המועמד לביטוח/ בעל הפוליסה	שם מלא	ת.ז.	מס' טל' נייד:
פרטי המשלם	שם מלא	ת.ז.	דוא"ל

פרטי כרטיס אשראי

סוג הכרטיס	<input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראל כאל <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> דינרס	בתוקף עד	שם בעל כרטיס אשראי	מספר זהות
מספר כרטיס אשראי			כתובת: יישוב רחוב	מס' מיקוד

שובר זה נחתם על-ידי בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, והואיל וניתנה על-ידי הרשאה למנורה מבטחים ביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו למנפיקה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך חתימת בעל כרטיס האשראי _____
מנורה מבטחים 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 מסלקה בנק	מספר חשבון בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	סניף	לכבוד בנק
614			כתובת

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
 או הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות: תקרת סכום החיוב - _____ ש"ח מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום - _____

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

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

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

- 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).
- 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 הודעה 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, הזכתי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
 - נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
 - הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
 - ההרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 - אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 - הבנק רשאי להוציא מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
 - אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

פרטי ההרשאה - סכום החיוב ומועדו ייקבעו מעת לעת על-ידי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ, על-פי תנאי הפוליסה/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 מסלקה בנק	מספר חשבון בנק
קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח בחברה	סניף	לכבוד:
614			מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
			ת.ד. 927, תל-אביב 6100802

קיבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שציגו 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/בעלו החשבון מן ההסדר.

אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך בנק _____ סניף _____

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. בדיהוי 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, מאלי, 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* ב. <input type="radio"/> סחר ביהלומים/זהב* (מלא שאלון מורחב) <input type="radio"/> אחר <input type="radio"/> ציין את ענף הפעילות של העסק: _____ <input type="radio"/> מחזור העסקים השנתי (בש"ח), בחר: <input type="radio"/> 1 - נש - 1.5 מיליון ₪ <input type="radio"/> 1.5 - 3 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: _____ <input type="radio"/> אחר. פרט: _____	<input type="radio"/> חסכון לילד / לנכד <input type="radio"/> חסכון לדירה <input type="radio"/> חסכון לפרישה / גמלא / קצבה <input type="radio"/> עובד זר <input type="radio"/> מענק לבכיר <input type="radio"/> השקעה לטווח קצר/בינוני <input type="radio"/> השקעה לטווח ארוך/שש <input type="radio"/> שנים ומעלה <input type="radio"/> אחר. פרט: _____	הפקדות חד פעמיות צפויות: <input type="radio"/> אף פעם לא <input type="radio"/> לעתים מזדמנות <input type="radio"/> לעתים רחוקות <input type="radio"/> הפקדות מחו"ל משיכות צפויות: <input type="radio"/> לעתים מזדמנות <input type="radio"/> לעתים רחוקות <input type="radio"/> גמלא <input type="radio"/> אנונה

אני מצהיר בזאת שמסרתי מידע מלא ומהימן בכל מקרה של שינוי בפרטים שניתנו בטופס זה, אני מתחייב/ת להגיש טופס חדש.

שם וחתמה: _____

שם פרטי ומשפחה _____

חתימה X _____

03/2022 - 1102