



מספר פוליסה
קוד מחולל

הצעה לביטוח סטטוס מנהלים/עצמאים (ניוד)

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

חותרת 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 המעסיק	מספר התאגדות/ח.פ.	טלפון	מספר מעסיק ממב	מספר מעסיק ממפ
המען	מיקוד	פקס.	המען למשלוח	e-mail:

ב. פרטי המבוטח

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

ג. פרטי הפוליסה

<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 פיצויי פיטורים. לתשומת ליבך, הוראות סעיף 14 חולו על מלוא ההפקדה לרכיב הפיצויים.</p> <p>במידה וקיים לך הסדר אחר מברירת המחדל הנ"ל נא סמן את סוג ההסדר</p> <p><input type="radio"/> זכאות ללא תנאי בכפוף לתקנה 41 כ"ט לתקנות מס הכנסה תחולת זכאות ללא תנאי מתום (ממועד תחילת העבודה ועד מקסימום 36 חודשים) חודשי עבודה בהעדר תחולת זכאות בטופס ההצעה, יחשב מועד תחולת הזכאות החל מתום חודש עבודה אחד.</p> <p><input type="radio"/> ללא סעיף 14</p>	<p>תאריך תחילת עבודה אצל המעביד</p> <p>01 / ____ / 20 ____</p>	<input type="radio"/> מנהלים <input type="radio"/> בעלי שליטה <input type="radio"/> עצמאים
		הצמדת הפקדות: <input type="radio"/> לשכר <input type="radio"/> למדד
		גיל תום תקופת הביטוח _____ (60-67) במידה שלא צויין, גיל תום יקבע לגיל 67.

ד. 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.

ה. העברות כספיים

<p>1. סך הצבירה המועברת כ- _____ ש"ח</p>	<p>2. סוג המוצר</p> <table border="1"> <tr> <td>גיל המבוטח</td> <td>סוג המוצר</td> </tr> <tr> <td>עד גיל 60</td> <td>טטטוס 2015</td> </tr> </table>	גיל המבוטח	סוג המוצר	עד גיל 60	טטטוס 2015												
גיל המבוטח	סוג המוצר																
עד גיל 60	טטטוס 2015																
<p>3. פרטי התוכנית המובקשת</p> <p><input type="checkbox"/> סוג התוכנית תפתח בהתאם לסוג הכספים שיועברו מהקופה המעבירה</p> <p><input type="checkbox"/> סוג התוכנית תפתח בהתאם לסימון בטבלה שלהלן:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>הקופה המעבירה</th> <th>הכיסוי הביטוחי</th> <th>הערות</th> <th>דמי ניהול מצבירה</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="radio"/> קופת גמל לתגמולים (ללא תוכנית המשך קצבה) </td> <td>הכיסוי הביטוחי</td> <td>- בחירה בתכנית זו תאפשר שמירה על זהות הונית של הכספים. - על הכספים הוניים לא יחול מקדם קצבה מובטח.</td> <td>דמי ניהול 1.05% <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td> <input type="radio"/> קופה לקצבה </td> <td>הכיסוי הביטוחי</td> <td>בחירה בתוכנית זו תגרום לאובדן הזהות הונית של הכספים</td> <td><input type="radio"/> % * _____</td> </tr> <tr> <td> <input checked="" type="radio"/> קופה לקצבה </td> <td>הכיסוי הביטוחי</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	הקופה המעבירה	הכיסוי הביטוחי	הערות	דמי ניהול מצבירה	<input type="radio"/> קופת גמל לתגמולים (ללא תוכנית המשך קצבה)	הכיסוי הביטוחי	- בחירה בתכנית זו תאפשר שמירה על זהות הונית של הכספים. - על הכספים הוניים לא יחול מקדם קצבה מובטח.	דמי ניהול 1.05% <input type="radio"/>	<input type="radio"/> קופה לקצבה	הכיסוי הביטוחי	בחירה בתוכנית זו תגרום לאובדן הזהות הונית של הכספים	<input type="radio"/> % * _____	<input checked="" type="radio"/> קופה לקצבה	הכיסוי הביטוחי			<p>* לצורך הטבה בדמי ניהול נדרש אישור ממחלקת עסקים.</p>
הקופה המעבירה	הכיסוי הביטוחי	הערות	דמי ניהול מצבירה														
<input type="radio"/> קופת גמל לתגמולים (ללא תוכנית המשך קצבה)	הכיסוי הביטוחי	- בחירה בתכנית זו תאפשר שמירה על זהות הונית של הכספים. - על הכספים הוניים לא יחול מקדם קצבה מובטח.	דמי ניהול 1.05% <input type="radio"/>														
<input type="radio"/> קופה לקצבה	הכיסוי הביטוחי	בחירה בתוכנית זו תגרום לאובדן הזהות הונית של הכספים	<input type="radio"/> % * _____														
<input checked="" type="radio"/> קופה לקצבה	הכיסוי הביטוחי																

1. מסלולי השקעה

	פיצויים		תגמולים		
	שוטף	העברות	שוטף	העברות	
<p>מבוטח בהסכם ללא סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים או עם זכאות בלא תנאי בכפוף לתקנה 41 כ"ט לתקנות מס הכנסה 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.</p> <p>תאריך: _____ חתימת המעסיק X</p> <p>ניתן לקבל מידע על המסלולים ודברי הסבר באתר האינטרנט של "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ".</p> <p>* מסלול תלוי גיל התואם את גיל המבוטח, נכון למועד תחילת הביטוח. במסלול זה בגיל המעבר תעבור אוטומטית למסלול המתאים לגילך.</p> <p>** מסלול שאינו ברירת מחדל. בעת בחירה במסלול זה לא תתבצע ההעברה בגיל המעבר למסלול השקעה תלוי גיל הבא.</p> <p>*** בכספי פיצויים המסלולים הנ"ל דורשים אישור מעביד במידה והינך חתום על סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים.</p>	%	%	%	%	מנורה ביטוח תלוי גיל - ברירת מחדל *
	%	%	%	%	מנורה ביטוח משולב סחיר
	%	%	%	%	מנורה ביטוח עוקב מדדים גמיש
	%	%	%	%	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
	%	%	%	%	מנורה ביטוח לבני 50 ומטה **
	%	%	%	%	מנורה ביטוח לבני עד 60 **
	%	%	%	%	מנורה ביטוח לבני 60 ומעלה **
100%	100%	100%	100%	סה"כ	

01/2023 אפי"

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

ז. הצהרת בעל הרישיון

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

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

ח. הצהרה על פי צו איסור הלבנת הון

אני החתום מטה _____ מספר זהות _____ מצהיר בזאת כי:
 אני פועל בעבור עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת המבוטח, 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/בחסבון הם: _____

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

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

ט. 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:

- כל התשובות המפורטות בהצעה הן נכונות ומלאות, ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום תגומלי 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 יישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעת בלעדי של מנורה מבטחים ביטוח היא 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 ובכפוף לתנאי הפוליסה.
- 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.
- 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 שנוצרו 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.
- 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 לצדדים שלישיים בהתאם לדיון. 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 המבוטח

ח. אני מסכימה/ה לא מסכימה/ה להעברת המידע אודותי 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 ישאר 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.א.אן ישראל בע"מ וחברות קשורות.

תאריך: _____ חתימת 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. לידיעתך, אי העברת הנתונים לרשות שוק ההון תמנע ממך לראות במרכז אתר 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. יובהר כי שינוי אופן קבלת המסמכים יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

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 כקופת 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
כתובת: רח'	מס' בית
	עיר
	מיקוד
	טלפון
	דוא"ל
<input type="radio"/> עמית פעיל <input type="radio"/> עמית לא פעיל <input type="radio"/> בקופת הגמל המעבירה	

2. בקשת העברה

1. לגבי עמית הרוכש כיוסיים ביטוחיים במסגרת הקופה המקבלת:
אני מצהיר כי קיבלתי את התנאים לעניין הכיוסי הביטוחי במנורה מבטחים ביטוח בע"מ וכי אוסברו לי תנאים אלה ככול שנקבעו תנאים כאמור. **חתימת העמית** X

לגבי עמית נתון לאפטרופוסות - שם האפטרופוס _____ ו**חתימתו** X

2. אני מבקש להעביר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן הקופה המקבלת) את:

<input type="radio"/> מלוא הכספים (ברירת מחדל)	<input type="radio"/> סך של _____ ש"ח	<input type="radio"/> שיעור של % _____	<input type="radio"/> 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 _____

בחשבון מספר:	מספר חשבון בקופת הגמל המעבירה	בקופת גמל:	שם קופת גמל המעבירה
לחשבון מספר:	מספר פוליסה בקופה המקבלת	שם הפוליסה	<input type="radio"/> בהתאם לסוג קופות הגמל שהיו בחשבוני בקופה המעבירה. <input type="radio"/> 4234 - סטטוס 01 <input type="radio"/> 4234 - 2015 סטטוס 01

ולאחר שקראתי בעיון את התנאים שנקבע לעניין הכיוסי 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 בחשבוןך בקופה המעבירה, בכל מרכיבי החשבון ובכל מסלולי השקעה.

3. הצהרות העמית

אני מצהיר כי קיבלתי את התנאים לעניין הכיוסי הביטוחי בקופת הגמל המקבלת וכי אוסברו לי תנאים אלה, ככל שנקבעו תנאים כאמור. **חתימת העמית** _____

לגבי עמית נתון לאפטרופוסות - שם האפטרופוס _____ ו**חתימתו** _____

1. אני נותן בזה את הסכמתי לכך שתסמרו את כל הפרטים, הנתונים והמסמכים שיש לכם לגבי, ובכלל זה פירוט בדבר התנאים או הסייגים שנקבעו לגבי בקופה המעבירה לעניין הכיוסי הביטוחי לסיכוני מוות או הכיוסי הביטוחי לסיכוני 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 כדון על חשבוני בקופת הגמל המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל.

ג. לא קיימת בחשבוני בקופת הגמל המעבירה יתרת חוב בשל הלואה 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 לאפטרופוסות - שם האפטרופוס _____ ו**חתימתו** X

5. **חתימתי על בקשה זו נעשית לאחר שקראתי אותה בעיון ותוכנה אוסבר לי היטב, ולאחר ששקלתי את האמור בה וגמרתי אומר להתחייב בה.**

ולראיה באתי על החתום, היום: _____ / _____ / _____ **חתימת העמית** X

לגבי עמית נתון לאפטרופוסות - שם האפטרופוס _____ ו**חתימתו** 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 <input type="radio"/>	
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"/> <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 ציין את ענף הפעילות של העסק: _____ <input type="radio"/> מחזור העסקים השנתי (בש"ח), בחר: <input type="radio"/> 1 - נש <input type="radio"/> 1.5 - 1.5 מיליון נש <input type="radio"/> 1.5 מיליון נש 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 נש <input type="radio"/> 15,000-30,000 נש <input type="radio"/> 30,000 נש ומעלה	
7. פרטים נוספים: _____	

היקף פעילות צפוי בפוליסה	מטרת הפוליסה	מקור הכספים שעתידיים להיות מופקדים בפוליסה	מספר הפוליסה	שם הפוליסה
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	<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: _____	<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"/> סטטוס <input type="radio"/> טופ פייננס <input type="radio"/> טופ גולד <input type="radio"/> טופ קידס	

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

_____ X _____
 חתימה

_____ שם פרטי ומשפחה

שם וחתימה:

03/2022 - 1102