



בקשה לשינויים ביטוחיים וכיסויים נוספים בפוליסת פרט

אבקש לבצע שינויים המפורטים מטה בפוליסה מספר: _____ תאריך תחילת השינויים: _____ / _____

א. פרטי בעל הפוליסה:

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות

ב. פרטי מבוטחים:

מבוטח ראשי	שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין
נ ○ ז ○					נ ○ ז ○
מבוטח משני					נ ○ ז ○

ג. שינויים בביטוחים וכיסויים נוספים:

בכל מקרה של הוספת כיסוי חדש, יש לצרף הנחיות לחיוב חשבון. סמן את בחירתך:
 כרטיס אשראי (יש למלא את פרטי האשראי בטופס "הוראה לחיוב חשבון", מצ"ב)
 הוראת קבע חדשה בבנק (יש למלא הרשאה לחיוב חשבון בטופס "הוראה לחיוב חשבון", מצ"ב)
 הוראת קבע בבנק הקיימת בחברתנו, להלן אישור לשימוש בהוראה זו:
 הריני מאשר לגבות את דמי הביטוח עבור התכנית/יות המפורטות בטופס הצעה זה, באמצעות הוראת קבע הקיימת בחברת "מנורה מבטחים", ע"ש המבוטח הראשי/בעל הפוליסה בטופס 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. לידיעתך - אמצעי גבייה זה, ישמש לגביית הפוליסה כולה.

מבוטח ראשי				מבוטח שני			
הוספת סכום ביטוח בגובה*	הגדלה לסכום ביטוח כולל בסך	הקטנה לסכום ביטוח בסך	ביטול הכיסוי במלואו	הוספת סכום ביטוח בגובה*	הגדלה לסכום ביטוח כולל בסך	הקטנה לסכום ביטוח בסך	ביטול הכיסוי במלואו
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> ריסק <input type="radio"/> רצף הכנסה <input type="radio"/> עוד בחיים - ריזר <input type="radio"/> אקסטרה לייף - ריזר <input type="radio"/> אובדן כושר עבודה (כולל שחרור) <input type="radio"/> שחרור פרמיות - כיסוי נוסף לתוכנית יסודית (במקרה של א.כ.ע.) <input type="radio"/> נכות מקצועית מוחלטת ותמידית (שווה לעתיד משלם)							

ידוע לי כי הוספת כיסוי נתונה לבחירתי וכי ביטול כיסוי אינו פוגע בשאר תנאי הפוליסה.

הצהרת מועמד לביטוח בדבר קיומה של פוליסת פיצוי אשר מבטחת מקרה ביטוח דומה:
 בהתאם לחוזר הצירוף, בעת הוספת כיסוי חדש או הגדלת כיסוי קיים, ולמבוטח קיימת פוליסה המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, עליך להעביר הנחיות המבוטח לגבי המשך הכיסוי הקיים. ככל שקיימת פוליסת פיצוי דומה למבוטח, חובה לסמן אחת מהאפשרויות המפורטות מטה.
 הריני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה אחרת, המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, והנני מאשר ומסכים בזאת

- (1) הצירוף לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי;
 (2) במעמד חתימתי על טופס 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 ו/או בכדי לאשר כניסתו לתוקף של ביטול הפוליסה הקיימת **
 * אין באמור משום אישור על קיומה של פוליסה בחברתנו. ** יש להעביר בקשת ביטול במקביל לטופס זה.

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

מטריה טופ - ביטוח משלים לביטוח נכות בקרן הפנסיה (יירכש כפוליסה יסודית)

מבוטח ראשי		
<p style="text-align: center;">מבוטח ראשי</p> <p style="text-align: center;">הצהרות בעל רישיון</p> <p>1. 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.</p> <p>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.</p> <p>* במידה ונרכשה הגדרה עיסוקית</p> <p style="text-align: right;">תאריך: _____</p> <p style="text-align: right;">חתימת בעל הרישיון X</p>	<p style="text-align: center;">סכום הפיצוי החודשי:</p> <p style="text-align: center;">ש"ח _____</p> <p style="text-align: center;">שיעור הפיצוי החודשי</p> <p style="text-align: center;">75% <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">השכר המבוטח לאובדן כושר עבודה יחושב כסכום הפיצוי שהתבקש מחולק בשיעור פיצוי חודשי של 75%.</p> <p style="text-align: center;">שיעור דמי הגמולים</p> <p style="text-align: center;">20.83% <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">אחר _____% <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">גיל תום:</p> <p style="text-align: center;">67 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">אחר _____ (60-67) <input type="radio"/></p>	<p style="text-align: center;">מטריה טופ - שלושה חודשי המתנה בפרמיה משתנה</p> <p style="text-align: center;">יש לבחור אחד או יותר מכיסויי הבסיס הבאים:</p> <p><input type="radio"/> כיסוי להגדרת מקרה ביטוח לפי עיסוק ספציפי</p> <p><input type="radio"/> כיסוי לביטול תקופת אכשרה</p> <p><input type="radio"/> כיסוי ביטול קיזוז*</p> <p>הרחבות למטריה טופ (יחולו על כל כיסויי הבסיס שנבחרו):</p> <p><input type="radio"/> תשלום תגמולי ביטוח עבור חלק מתקופת ההמתנה (פרנצ'יז'ה).</p> <p><input type="radio"/> הארכת תקופת ההצמדה למדד של הפיצוי ל 60 חודשים</p> <p><input type="radio"/> הגדלת תגמולי ביטוח בתקופת תשלום הפיצוי <input type="radio"/> 1% לשנה <input type="radio"/> 2% לשנה</p> <p><input type="radio"/> תשלום נוסף במקרה סיעוד (ניתן לרכישה עבור תקופת אכשרה וביטול קיזוז בלבד)</p> <p>** תאריך הצטרפות לקרן הפנסיה/גידול שכר מעבר לג גחתם בקרן הפנסיה:</p> <p>(בהעדר תאריך הצטרפות לקרן הפנסיה יקבע תאריך ההצטרפות כתאריך תחילת הביטוח לכיסוי מטריה טופ. בהתאמה, תום תקופת האכשרה תהיה בתום 5 שנים מהמועד האמור).</p> <p>* כיסוי לביטול קיזוז קצבת הנכות ע"י קרן הפנסיה מול פיצוי חודשי מגורם ממשלתי.</p> <p>** רלוונטי רק לכיסוי לביטול תקופת אכשרה.</p> <p>הערות:</p> <p>השכר המבוטח בקרן הפנסיה יחושב ע"י חלוקת סכום הפיצוי החודשי בשיעור הפיצוי החודשי.</p> <p>בהעדר שיעור דמי גמולים בטופס ההצעה, יקבע שיעור דמי הגמולים על 20.83%.</p> <p>גובה דמי הגמולים יחושב ע"י חלוקת סכום הפיצוי בשיעור הפיצוי החודשי (75%) והכפלה בשיעור דמי הגמולים.</p> <p>במידה שבעתיד יונידו כספי הפנסיה אל קרן אחרת, על המבוטח להודיע על כך לחברה. במידה ולא נבחר גיל תום, הכיסוי יסתיים בגיל 67.</p>

הגדלת פרמיה חודשית כוללת*: יש לצרף צילום ת.ז. של בעל הפוליסה והמבוטח.

(אפשרי בפוליסות מסוג עדיף הוני/עדיף שהונפקה החל מ- 07.2001 / סטטוס)

אבקש להגדיל את הפרמיה החודשית ל: _____ ש"ח / ב: _____ ש"ח

את ההגדלה יש להפנות: להגדלת הביטוח היסודי להגדלת החסכון בלבד (במידה וההגדלה היא בפוליסת פרט, יש למלא שאלון (FATCA (סמן את בחירתך)

הצהרה לעניין תושבות מס לצורך FATCA ו-CRS

<p>1. האם אתה אזרח ארה"ב? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p>	<p>2. האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p>
---	--

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? לא כן נא למלא שאלון להלן: יש למלא באנגלית את הפרטים הבאים

מספר TIN	ישוב CITY/TOWN	רחוב ומס' בית ADDRESS - STREET NO	שם משפחה LAST NAME	שם פרטי FIRST NAME	מדינות תושבות

במקרה בו בעל הפוליסה הינו תאגיד או חבר בני אדם

1. האם הנך תאגיד אמריקאי או תאגיד שהתאגד בארה"ב? כן (העבר: טופס W9) לא (העבר: טופס W8BENE)
2. יש למלא שאלון CRS לתאגיד (חובה לכל תאגיד, השאלון זמין בפורטל החברה ובאתר האינטרנט).

אני מצהיר/ה בזאת כי מסרתי מידע מלא ומהימן. ידוע לי שיתכן והמידע ידווח לרשויות המס בישראל ו/או בחו"ל. מחובתך לעדכן את החברה בכל שינוי תוך 30 ימים.

שם _____ תאריך _____ חתימה _____

1. הקטנת פרמיה חודשית כוללת:

אבקש להקטין את הפרמיה החודשית ל: _____ ש"ח / ב: _____ ש"ח
 בעקבות ההקטנה: יוקטן סכום הביטוח היסודי בלבד
 (סמן את בחירתך) יוקטנו כל סכומי הביטוח בפוליסה באופן יחסי להקטנת הפרמיה

2. שינוי מסלול ביטוח בפוליסות עדיף: (אפשרי בפוליסות ששווקו החל מ-1/1991)

אבקש לשנות את מסלול הביטוח בפוליסה בהתאם לפירוט הבא:
 שינוי אחוזי החסכון ל- % _____ מהפרמיה המופנית לביטוח היסודי
 סכום ביטוח קבוע למקרה מוות על סך _____ ש"ח
 לתשומת ליבך - אחוז החסכון המקסימלי שיופנה לחסכון הינו בשיעור של 95%.

3. הצהרה לעניין איסור הלבנת הון:

אני _____ (שם בעל הפוליסה/המבוטח) בעל מס' זהות _____ מצהיר בזה כי:
 אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת בעל הפוליסה והמבוטח למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה.
 יש נהנה בזכויות 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	תאריך לידה/התאגדות	מען

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

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

שם	מס' זהות	תאריך לידה

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 _____

4. הצהרה:

הריני מצהיר/ה כי תשובתיי על כל השאלות הכלולות בכל דפי ההצהרה, הן מלאות וכנות ולא החסרתי או העלמתי מידע, הנני יודעת/ת כי תשובות כוזבות או לא מלאות בידועין או בכוונה מקנות למנורה מבטחים ביטוח בע"מ את הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את סכום הביטוח.
 הריני מצהיר/ה בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע הינה לצירופי וטיפול בכל ענייני אצל המבטח. הריני מסכים/ה כי המידע יימסר לצורך עיבודו ואחסונו לכל גוף ש"המבטח" ימצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981.

5. חתימת המבוטחים:

תאריך _____ שם מבוטח ראשי _____ ת.ז. _____ חתימת מבוטח ראשי _____
 תאריך _____ שם מבוטח שני _____ ת.ז. _____ חתימת מבוטח שני _____
 במידה ובעל הפוליסה שונה מהמבוטח הראשי יש להחתים גם את בעל הפוליסה:
 שם בעל הפוליסה _____ ת.ז. _____ חתימת בעל הפוליסה _____

6. חתימת הסוכן:

הנני מאשר כי שאלתי את המבוטח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידו.
 תאריך _____ שם הסוכן _____ מס' סוכן _____ חתימת הסוכן _____

מספר פוליסה

הוראה לחיוב חשבון

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
			קרבה למבוטח

פרטי כרטיס אשראי

סוג הכרטיס	<input type="radio"/> לאומי ויזה <input type="radio"/> ישראל כרטיס <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/> ויזה כאל <input type="radio"/> דינרס	בתוקף עד
מספר כרטיס אשראי		
שם בעל כרטיס אשראי	מספר זהות	מס' טל' נייד
כתובת: יישוב רחוב מס' 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 שיופנק 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 מסלקה בנק סניף
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 בעל/החשבון המופיע בספרי הבנק _____ מספר זהות/ח"פ _____ מכתובת _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיוצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).

2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:
 - 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 עפ"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 יעשה 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 שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 - ז. אם נתענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 - ח. 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.
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 מסלקה בנק סניף
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/נם 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 בהתחייבויותכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על-דרכם.

תאריך בנק _____ סניף _____

אישור הבנק - חתימה וחותמת