

פרטי העמית (חובה למלא את כל הפרטים)				
שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות מלא	עדכון טלפון בבית	עדכון טלפון נייד

עדכון כתובת דואר אלקטרוני (תשמש ככתובת דיוור על ידי ממ"פ)		☐ דואר (בהעדר סימון יעודכנו שתי הכתובות ברישומי ממ"פ)			
_____@_____		רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד

שם הבנק _____ מס' הבנק _____ שם הסניף _____ מס' הסניף _____ מס' החשבון _____
ידוע לי כי ככל שיחול עיכוב במועד הגביה הראשון בפועל כתוצאה משינוי חשבון הבנק, אני מבקש/ת כי הסכום הראשון שייגבה על ידכם בפועל
☐ יכלול / ☐ לא יכלול את תקופת העיכוב, וידוע לי כי בכל מקרה, כל סכום שייגבה רטרואקטיבית ירשם לתאריך ערך הגביה בפועל

בקשה להפסקה לצמיתות/זמנית של הגביה כעמית בקרן: ☐ "מבטחים החדשה" ☐ "מבטחים החדשה פלוס"
אבקש להפסיק את חיוב חשבוני בהוראת קבע בחודש הגביה הקרוב שבתכוף לאחר החודש בו התקבל טופס זה במשרדי ממ"פ
☐ ולא לחדש את החיוב ☐ וכן לחדש את החיוב בחודש _____, **ובלבד שתקופה ההפסקה לא תעלה בכל מקרה על 5 חודשים**

עדכון סכום ההפקדה בהוראת קבע ☐ "ב"מבטחים החדשה" ☐ "ב"מבטחים החדשה פלוס" ☐ ☐ "ב"מבטחים החדשה" ☐ "ב"מבטחים החדשה פלוס" ☐ ☐ במסלול יסוד בלבד

סכום ההפקדה המעודכן*		אופן עדכון סכום ההפקדה	סכום ההפקדה	תקופת זכייה (תסומן ע"י נציג מ"פ בלבד)	
_____ * הגדלה – בכפוף לאישור מ"פ מראש	☐ הצמדה למדד (ברירת המחדל) ☐ ללא הצמדה ☐ הצמדה לתקרת ההפקדה החודשית	הסכום יופקד לחשבון 10-800-294309/72	מועד תחילה / תום תקופת הזכייה	תקופה מרבית	תקופה קצרה מהמרבית
		_____ ש	קדימה ולא יאוחר מתום שנת המס העוקבת לשנת ההפקדה בפועל	☐	_____ חודשים
		_____ ש	לאחר ולא לפני תחילת שנת המס שבה התבצעה ההפקדה בפועל	☐	_____ חודשים

☐ אני מעוניין/ת לבצע הפקדות לקרן מעת לעת במעמד עצמאי באמצעות מעסיקי _____ בכפוף לקבלת אישור לכך מממ"פ מראש ובכתב

מובהר כי בכל מקרה של עדכו סכום ההפקדה השוטפת, **הסכום המעודכן לא יחול טרואקטיבית**. מובהר כי כל הפקדה חד פעמית לקרן מחייבת אישור מראש ובכתב של מ"מ' ביחס לסכום המופקד ולתקופת הזכיפה. בהעדר סימון של תקופת הזכיפה, יקופו לתקופה מאוחרת החל ממועד ההפקדה בפועל ועד לתום שנת המס העוקבת, והסכמים המופקדים בהפקדה חד פעמית ככל אחת מהקרנות (לרבות הפקדות "למבטחים החדשה פלוס" עקב הפקדות בסכום העולה על התקרה המותרת ב"מבטחים החדשה"), מסלול הביטוח שחילוק הפקדות אלו יהא מסלול הביטוח החל על העמית במעמד ההפקדה כה אחת מהקרנות, למעט אם סומן בטופס זה כי הפקדת החד פעמית ל"מבטחים החדשה פלוס" יחול מסלול יסוד בלבד. במהלך תקופת הזכיפה המאוחרת למועד ההפקדה בפועל וככל שהל מסלול ביטוח שאינו יסוד, העמית יהא זכאי לכיסוי ביטוחי ללא תשלום נוסף ובסיסמה לא יהא זכאי לארכת ביטוח. כן מובהר כי תקופת זכיפה טרואקטיבית של הפקדה חד פעמית תחל לכל המקדמ בתחילת שנת המס בה בוצעה הפקדה מבלי שתתקנה כיסויים ביטוחיים טרואקטיבית.

בחירת שיוך ארגוני ברישומי ממ"פ החל ממועד בקשה זו. מצ"ב אסמכתא להשתייכותי לארגון בהתאם לדרישות ממ"פ אבקש לשייך אותי לארגון	
---	--

סמן סוג זיהוי	מס' זהות/דרכון תקף	שם משפחה	שם פרטי	סמן מין	קרבה	תאריך לידה	כתובת מלאה רחוב, בית, עיר, מיקוד	% חלוקה סה"כ 100%
זהות / דרכון				ז / נ				
זהות / דרכון				ז / נ				
זהות / דרכון				ז / נ				
זהות / דרכון				ז / נ				

1. אני הח"מ מבקש/ת לעדכן את פרטי האישים /או להפקיד הפקדה חד פעמית /או לשנות את כסום ההפקדה השוטפת כעמית עצמאי בקרן הפנסיה "מבטחים החדשה" /או "מבטחים החדשה פלוס" בהתאם למסומן על ידי בטופס זה (להלן: הקרן) אשר מנוהלת על-ידי מנורה מבטחים פנסיה בע"מ (להלן: מנ"פ) וזריני מצהירה/ה כדלקמן:
2. ידוע לי כי כל הפקדה חד פעמית /או הגדלה של סכום ההפקדה החודשית מחייב את אישור מנ"פ מראש ובכתב ומותנית בתוצאות החיטום הרפואי בהתאם לכללי החיטום הנהוגים בקרן מת לעת, וככל שדנדרש על ידי מנ"פ חיטום רפואי כאמור, חובה עלי לצרף לטופס הצהרת בריאות בנוסח שנקבע על ידי מנ"פ כשהיא מלאה באופן ברור לרבות תאריך וחתימה שלי, ואם לא צורפה הצהרת בריאות כאמור או צורפה הצהרת בריאות שאינה מלאה או שטרם הסתיים מל"פ החיטום הרפואי בגיני, מנ"פ רשאית לדחות את בקשת ההפקדה החד פעמית /או הגדלה. כן ידוע לי כי כל החלטת החיטום תימתימת בהתקבלה בגיני תחול ביחס לכל קרנות הפנסיה שבניהול מנ"פ.
3. ידוע לי כי כל ההפקדות אשר תבוצענה בגיני בקרן בטרם התקבלה בקשה ואושרה על ידי מנ"פ, לא תענקנה לי זכויות בקרן, וככל שלא התקבל אישור כאמור מכל סיבה שהיא, יוחזרו לגורם המשלם כל הכספים אשר הופקדו בגיני.
4. ככל שההפקדה ל"מבטחים החדשה" בגיני תעלה על תקרת ההפקדה החודשית כהגדרתה בהסדר התחיקתי ובתקנון הקרן, יופקדו הכספים שמעל התקרה ל"מבטחים החדשה פלוס".
5. ידוע לי כי כל התשלומים לקרן יהיו לטובת מנורה מבטחים פנסיה בע"מ, והעברות בבקאיות יבוצעו לחשבונה בבנק לאומי 10, סניף מרכזי 800, חשבון 294309/72. תשלום שוטף חדשי של עמית עצמאי יבוצע באמצעות הוראת קבע מצורפת ותחתמה לפקודת מנורה מבטחים פנסיה בע"מ, קוד מוסד 37891.
6. ידוע לי כי ככל ששינתי את פרטי חשבון הבנק לתשלום באמצעות הוראת קבע, על לצרף לטופס השינוי את אישור הבנק, וכן ידוע לי כי שינוי הודעה כאמור הינם באחריותי הבלעדית. כן ידוע לי כי אי כיבוד של הוראת הקבע על ידי הבנק עלול להביא לסיום ההסכם על כל המשמע ממך.
7. אני מצהירה/ה בזה כי הובא לידיעתי, ואני מסכים/ה כי הפרטים שמסרתי למנ"פ וכל מידע נוסף הנוגע לי שיגיע לידיעתה של מנ"פ, יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת מנ"פ לרכז נתונים דבר לקוחותיה, בין אם הוא מופעל על ידי מנ"פ בעצמה ובין בידי מי מטעמה, וכל פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע נוספים של חברות בשבילשית מנורה מבטחים החזקות בע"מ ("קבוצת מנורה מבטחים") או לגורמיה הפועלים מטעם של אותו חברות, לצורך מתן שירותים נוספים, לצורך ניהול כספי הקלוחות, לצורך הפעילות השוטפת וכן לצורך קיום חובותיה על פי דין. אני מסכים/ה כי הנתונים אשר יישמרו במאגרי המידע ישמשו לצורך יצירת קשר עמי על ידי מנ"פ או על ידי חברה אחרת מקבוצת מנורה מבטחים, לרבות לצורך דיוור ישיר לרכישת מוצרי קבוצת מנורה מבטחים ולצורך כל פעילות ששוקות אחרת, באמצעות פקס, נציג טלפוני, דואר אלקטרוני, מערכת חיזוק אוטומטית והודעות מסר דרך (sms), וידוע לי כי אני שואל/ת להודיע למנ"פ בכתב על כך שאני מנומ/ת בקבלת פרסומים כאמור. אני מבקש/ת כי מנ"פ תעניק לי שירותים מידעיים באמצעות האינטרנט או באמצעות אמצעי תקשורת אחרים, תוך שאני מודעת/ת לכך כי חרף העובדה שמנ"פ מפעילה אמצעי אבטחת מידע במתן שירותי המידע כאמור, עשוי המידע האמור, הכולל פרטים אישיים שלי, להיחשף לאחרים. אני מבקש/ת כי מנ"פ תשלה לכתובתי המפורטת למטה את קוד הגישה וסימנית המידע באמצעות האינטרנט. ידוע לי כי מתן המידע כאמור נועד לצורך ביורר ראשוני בלבד ולשם הנוחות, וכי בכל סתירה בין המידע שיוסמסר כאמור לבין המידע המלא שברשות מנ"פ, יגבר המידע שברשות מנ"פ.

תאריך חתימת העמית	חתימת העמית	תאריך קבלת הבקשה בממ"פ	שם הנציג המטפל בבקשה	אישור הנציג לתקינות / חיתום	מס' הבקשה

(חובה למלא את כל השדות באופן מלא וברור כולל תאריך וחתימת המצהיר/ה)

פרטי המצהיר/ה												
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות מלא					מין	תאריך לידה	כתובת מלאה			
							ז / נ					

דואר אלקטרוני (חובה למלא)	מקצוע/עיסוק	טלפון בבית	טלפון נייד

גובה	משקל	עישון
		האם את/ה מעשן/ת או עישנת ב-5 השנים האחרונות? ☐ לא ☐ כן _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים

אם הינך סובל/ת או סבלת בעבר מאחת הבעיות / מחלות כמפורט להלן, הקר/י בעיגול את מספר הבעיה / מחלה / שאלה ופרט/י במקום המיועד לכך למטה

1	מחלות לב, כלי דם, מחלות דם	11	איידס
2	לחץ דם, שומנים בדם	12	מחלות עור
3	מחלות ממאירות	13	בעיות עיניים ו/או ראייה (מספר עדשות משקפיים: _____)
4	מחלות דרכי עיכול	14	מחלה או הפרעה כרונית אחרת
5	סוכרת	15	האם בוצע או הומלץ לבצע בדיקה כלשהי לגילוי מחלה ממאירה, מיפוי לב, צינתור, MRI, ביופסיה?
6	מחלות דרכי נשימה	16	האם את/ה בעל/ת נכות כלשהי או נמצא/ת בתהליך לקביעת אחוזי נכות? האם היית/הנך באובדן כושר עבודה מסיבה כלשהי?
7	מחלות כליות, דרכי שתן, כבד	17	האם עברת ניתוח כלשהו? פרט סוג הניתוח ומתי בוצע
8	מחלות מערכת העצבים, הפרעות נפשיות, שיתוקים, שבץ מוחי	18	האם חברת ביטוח או קרן פנסיה (לרבות "מנורה מבטחים") סרבה לקבל אותך או קיבלה אותך בתנאים מיוחדים?
9	מחלות מפרקים, מחלות ניווניות	19	האם את/ה נוטל תרופות באופן קבוע?
10	מחלות / בעיות גב	20	האם יש לך תחביבים מבין המפורטים להלן: טיס, רכיפת מצנחים, ספורט מוטורי, שייט, טיפוס לגובה, צלילה מעל 30 מ' או תחביב מסוכן אחר?

פרוט לגבי כל בעיה / מחלה / שאלה שסומנה בעיגול על ידי לעיל

ככל שלא סימנתי בעיגול מספר כלשהו, הנני מצהיר/ה שאין לי בעיה או מחלה כלשהי מבין המפורטות לעיל ותשובותיי לכל השאלות הינה "לא".

הנני מצהיר/ה כי תשובתי לכל השאלות הכלולות בהצהרה זו הן מלאות וכנות וכי לא העלמתי כל מידע הנוגע לשאלות אלה. הנני יודע/ת כי **מתן תשובות שאינן מלאות וכנות עשוי להביא לשלילת זכאותי לפנסית נכות (אובדן כושר עבודה) או זכאות שאירי לפנסית שאירים בקרן/ות הפנסיה בניהולה של מנורה מבטחים פנסיה בע"מ בה'/הנני עמית (להלן: "הקרן").**

הנני מצהיר/ה כי ידוע לי שכל שציינתי בטופס זה בעיה/מחלה כלשהי, תהא הצטרפותי/חידוש פעילותי/נידוד/שינוי בחירה אישית בקרן תלויה בהליך החיתום, ועד השלמת ההליך, אין בהצטרפתי זו או בבקשתי להצטרפות/חידוש פעילות/נידוד/שינוי בחירה אישי, כדי להקנות לי זכויות כלשהן. כך ידוע לי כי על יסוד תשובותי והליך החיתום יקבע אם ניתן לצרף אותי לקרן, ולחלופין אם ניתן לחדש את פעילותי בקרן או להיענות לבקשתי (ובתנאי שמיום חתימתי על הצהרה זו ועד ליום בו ניתנה הקביעה לא חל כל שינוי מצבצי הבריאות). בהתאם, ידוע לי הקרן רשאית, בין היתר, לחדות את בקשתי להצטרפות/חידוש פעילות/נידוד/שינוי בחירה אישית.

הריני מצהיר/ה בה כן המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע הניהלית להגדרת פרטיות/חידוש פעילות/שינוי במידע אישית לקרן הפנסיה, הריני מסכים/ה כי המידע יימסר לצורך עיונו, עיבודו ואחסונו ככל אדם או גוף לפי החלטת מנורה מבטחים פנסיה בע"מ, בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981.

לכבוד

אני ה"ח" נותן/ת בזה רשות לכל קופת חולים (ובכלל זה לעובדיה הרפואיים והאחרים, מוסדותיה הרפואיים ולסניפיה) וכן לכל רופא בית חולים, מכון רפואי, המוסד לביטוח לאומי, שלטונות צה"ל, משרד הביטחון וכל מבטח, למסור לכל מבטח שבשליטת מנורה מבטחים החקוקות בע"מ (להלן "המבקשת"), את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקשת, על מצבי הבראותי ובכלל זה על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שהחני חולה בה כעת או שאחלה בה ח"ח" בעתיד, והנני משחררת/ת אתכם, כל רופא מרופאים, כל עובד אחר שלכם, כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים וכל סניף ממוספיכם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע להנני בריאותי ולמחלותי כאמור, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקשת, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור לעיל. אני מצהיר/ה ומסכים/ה כי ככל שאהיה זכאי/ת לכיסויים ביטוחיים משלימים במסגרת פוליסות ביטוח של מבטחים מורשים (להלן "המבטחים האחרים"), אני מאשרת/ת למבקשת למסור לאותם מבטחים אחרים את כל הפרטים והמסמכים המצויים בידי המבקשת והנוגעים למצבי הרפואי. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדני ואת באי כוחי החקויים וכן את כל מי שיבוא במקומי. אני מיהא את כוחה של המבקשת לאסוף כל מידע רלוונטי בכל הנוגע לבריאותי, לפי שיקול דעתה.

תאריך החתימה	שם המצהיר/ה	מס' זהות מלא	חתימת המצהיר/ה