



# מגדל פרישה לפרט תכנית לקצבה נדחית

טופס מספר **232**

מוברר בזאת כי כל המונחים בהצעה להלן יפורשו כהגדרתם בתנאים הכלליים של הפוליסה.

שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר סוכן
מספר פוליסה	

המועד המבוקש להתחלת הביטוח*
01/

\* מועד תחילת הכיסוי יקבע לפי המאוחר מבין:  
 תאריך החתימה על ההצעה או תאריך הביטוח הרשום לעיל.  
 הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת הביטוח.

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
 יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

א. פרטי המועמד לביטוח ("המבוטח")						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר	
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד	מספר טלפון
מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני		אני מבקש לקבל הודעות ומסמכים מטעם החברה (לרבות: דוח שנתי מקוצר, דף פרטי ביטוח, תנאי הפוליסה וגילוי נאות) באחד האמצעים שלהלן:			
			<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> הודעת טקסט (מסרון) <input type="checkbox"/> דואר			

## 1. שאלות לעניין איסור הלבנת הון - יש לסמן רק אחת מהאפשרויות להלן. יש למלא טופס "הכר את הלקוח" מספר 2705

אני מצהיר 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)

אני מצהיר כי יש נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה (במקרה קיים נהנה יש למלא טופס הצהרת פועל עבור עצמי מספר טופס 2624)

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

## 2. שאלות לעניין FATCA לצורך דיווח לשלטונות המס בארה"ב

האם אתה תושב אמריקאי לצורכי מס?	האם אתה אזרח אמריקאי?	במידה וענית "כן" על אחד מהסעיפים יש לצרף טופס W9 ולרשום את מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצורכי מס בארה"ב TIN U.S.
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="text"/>
אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן.		
תאריך	שם המצהיר	חתימת המצהיר <input type="text"/>

## 3. שאלות לעניין CRS לצורך מימוש האמנה לחילופי מידע בנושא מס בין מדינות

האם אתה תושב מדינה זרה?  כן  לא  - אם כן, נא מלא את הפרטים להלן: יש לרשום באנגלית בעמודות של: שם פרטי ומשפחה וכתובת

מדינת תושבות	שם פרטי First Name	שם משפחה Last Name	יישוב City / Town	רחוב ומספר בית Address (street, no.)	מספר TIN
1.					
2.					

האם אתה משלם מס כדין במדינת התושבות?  תושבות 1:  לא  כן  תושבות 2:  לא  כן

אני מצהיר כי כל המידע שמסרתי מלא ומהימן.

תאריך

שם המצהיר

חתימת המצהיר

היה והמבוטח הוא בעל הפוליסה והוא פסול דין - תידרש הסכמת נציגו כמשמעותו בחוק הכשרות המשפטית והאופוטרופוס התשכ"ב - 1961.  
 אם אופוטרופוס פועל בשם המבוטח, יש לצרף בנוסף טופס הצהרת פועל עבור עצמי על האופוטרופוס מספר טופס 2625.

פרטי הנציג:	מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה			
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד	מספר טלפון	מספר טלפון נייד

מגדל פרישה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 15/117



011172320110211118

עמוד 1 מתוך 10 דפים

**ב. פרטי המועמד לבעלות על פוליסה - חובה למלא רק אם בעל הפוליסה אינו המבוטח.**

מספר זהות / ח"פ / ח"צ	שם משפחה / שם חברה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מספר טלפון
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
מספר טלפון נייד	יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד

**1. שאלות לעניין איסור הלבנת הון - יש לסמן רק אחת מהאפשרויות להלן - לבעל פוליסה יחיד שאינו תאגיד**

אני מצהיר 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)

אני מצהיר כי יש נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה (במקרה וקיים נהנה יש למלא טופס הצהרת פועל עבור עצמי)

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

**שאלות לעניין איסור הלבנת הון לתאגיד**

האם בעל הפוליסה הינו תאגיד: כן  לא

במידה ובעל הפוליסה תאגיד, יש לצרף:

- טופס הצהרה "פועל עבור עצמי" מספר טופס 2625
- טופס W8
- טופס הצהרה עצמית של תאגיד. מספר טופס 779

ניתן למצוא את הטפסים באתר האינטרנט של החברה

**2. שאלות לעניין FATCA לצורך דיווח לשלטונות המס בארה"ב**

האם אתה תושב אמריקאי לצורכי מס? האם אתה אזרח אמריקאי?  כן  לא

במידה וענית "כן" על אחד מהסעיפים יש לצרף טופס W9 ולרשום את מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצורכי מס בארה"ב TIN U.S.

אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן. תאריך

שם המצהיר

חתימת המצהיר

**3. שאלות לעניין CRS לצורך מימוש האמנה לחילופי מידע בנושא מס בין מדינות**

האם אתה תושב מדינה זרה?  כן  לא  אם כן, נא מלא את הפרטים להלן: יש לרשום באנגלית בעמודות של: שם פרטי ומשפחה וכתובת

מדינת תושבות	שם פרטי First Name	שם משפחה Last Name	יישוב City / Town	רחוב ומספר בית Address (street, no.)	מספר TIN
1.					
2.					

האם אתה משלם מס כדין במדינת התושבות? תושבות 1:  לא  כן  תושבות 2:  לא  כן

אני מצהיר כי כל המידע שמסרתי מלא ומהימן. תאריך

שם המצהיר

חתימת המצהיר

**ג. זיקה בין המשלם למבוטח/בעל הפוליסה- חובה למלא אם המשלם אינו המבוטח / בעל הפוליסה**

במקרה והמשלם שונה מהמבוטח או בעל הפוליסה, יש לצרף צילום ת.ז ולמלא הצהרת משלם טופס מספר 58. ניתן למצוא את הטופס באתר החברה. זיקה בין המשלם למבוטח / בעל הפוליסה: אם קיימת כזו, נא ציין את מהות הקשר \_\_\_\_\_ (אם הסוכן הוא צד לזיקה, יש למלא שאלון נפרד) הצהרת המשלם: אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים בסעיף ב' והפרטים אודות אופן תשלום הפרמיה והגבייה ועל כך שהתשלום/ים הנ"ל יבוצעו/ו עבור המבוטח וכי כל החזר של פרמיה ו/או כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה או בקשר אליה, יבוצע לפקודת בעל הפוליסה / המבוטח בהתאם למקרה בלבד.

תאריך

שם התאגיד / שם פרטי ושם משפחה

חתימת המשלם

**ד. פרטי הפקדה**

אופן הפקדה לחיסכון	סכום בש"ח	דמי ניהול מצבירה
<input type="checkbox"/> חד פעמית		%



## ה. בחירת מסלולי השקעה בפוליסה

ניתן לבחור אחד מבין המסלולים:  
בהעדר סימון יושקעו הכספים במסלול השקעת ברירת המחדל. מסלול זה הינו מסלול המנוהל ע"פ שיקול דעת החברה בכפוף לתנאים כקבוע בהסדר התחיקתי.

### בחירת מסלולי השקעה

מגדל מסלול הלכה	מגדל מסלול חו"ל	מגדל מסלול מניות	מגדל מסלול שקלי טווח קצר	מגדל מסלול אג"ח עד 10% מניות	מגדל מסלול אג"ח עד 25% מניות	מגדל מסלול אג"ח ממשלת ישראל	מגדל מסלול אג"ח	כללי	קוד מסלול
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
276	392	288	362	283	126	291	382	222	

### תשלום קצבה

אני מאשר כי ידוע לי כי בתקופת תשלום הקצבה ישתנה סכום הקצבה מדי חודש. הקצבה תהיה צמודה לתוצאות ההשקעות במסלול השקעה ברירת מחדל ובניכוי דמיניהול בשיעור של 0.5% ובניכוי הריבית התחשיבית ששימשה לחישוב הקצבה.

## א. בחירת מסלול הקצבה

## ז. מינוי מוטבים

אבקש לשלם לי את הקצבה בעוד _____ שנים יש לציין תקופה בשנים שלמות	<input type="checkbox"/> 240 תשלום קצבה חודשית לכל ימי חייו של המבוטח אך לא פחות מ-240 תשלומים.
	<input type="checkbox"/> 180 תשלום קצבה חודשית לכל ימי חייו של המבוטח אך לא פחות מ-180 תשלומים.
	<input type="checkbox"/> 120 תשלום קצבה חודשית לכל ימי חייו של המבוטח אך לא פחות מ-120 תשלומים.
	<input type="checkbox"/> 60 תשלום קצבה חודשית לכל ימי חייו של המבוטח אך לא פחות מ-60 תשלומים.
	<input type="checkbox"/> תשלום קצבה למשך כל ימי חייו של המבוטח ללא הבטחת מינימום. במקרה מות המבוטח לאחר תחילת תשלומי הקצבה, יופסקו התשלומים ולחברה לא תהיה התחייבות לתשלומים נוספים.

בח"י המבוטח- המבוטח. במקרה פטירה:

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למבוטח	החלק היחסי בתגמולי הביטוח באחוזים
					%
					%
					%
					%

## ה. הצהרת הסוכן בדבר התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח - חובה לסמן את אחת מהאפשרויות

- הריני מצהיר כי התאמתי את הביטוח לצרכי המועמד לביטוח וכי תהליך ההתאמה כלל בין היתר התייחסות לביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשות המועמד לביטוח, לסוגי הביטוחים הרלוונטיים הקיימים בחברת הביטוח וכן לסוגי הביטוחים הרלוונטיים המשוקים על ידי.
- הריני מצהיר שבחנתי את רשימת מוצרי הביטוח הקיימים של המועמד לביטוח המונפקת באמצעות אתר הר הביטוח (לכל הפחות) ומצאתי כי: יש לסמן את אחת מהאפשרויות

לא קיימת למועמד פוליסה עבור מקרה ביטוח דומה במגדל או בחברת ביטוח אחרת.

קיימת למועמד פוליסה עבור מקרה ביטוח דומה במגדל או בחברת ביטוח אחרת - על המועמד לאשר את הצטרפותו לתכנית נוספת בסעיף י' או לחילופין לסמן כי כוונתו לבטל את הפוליסה הקיימת בסעיף ט'

חותמת הסוכנות <input type="text"/>	חתימת הסוכן <input type="text"/>	תאריך <input type="text"/>
---------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------



## ט. הקטנה / ביטול פוליסה / כיסוי ביטוחי שבתוקף

1. האם קיימת ברשותך פוליסה/כיסוי ביטוחי, שברצונך לבטל בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו?  כן  לא
2. האם קיימת ברשותך פוליסה/כיסוי ביטוחי, שברצונך להקטין בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו?  כן  לא

**אם ענית כי ברצונך לבטל את הפוליסה הקיימת ברשותך:**

**האם ברצונך כי בקשת הביטול תשלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת:**

- על ידך
- על ידי סוכן הביטוח, יש למסור לסוכן טופס בקשת ביטול מס' 305 חתום
- על ידי חברת הביטוח מגדל, יש לצרף טופס בקשת ביטול מס' 305 חתום ולציין את שם חברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת \_\_\_\_\_

**הצהרת הסוכן:**

הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול אל חברת הביטוח בה מתנהלת הפוליסה הקיימת שברשות המבוטח אנ מתחייב להעביר את הבקשה אל מגדל, למשלוח באמצעותה, לפי בחירת המבוטח.

	חתימת ★ הסוכן	חותמת הסוכנות	
			תאריך

**לתשומת לב:** ככל שיקבעו לך החרגות בהליך החיתום, תשובה חיובית לשאלה מס' 1 או 2 לסעיפים שלעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת הפוליסה החדשה.

## י. אישור המועמד/ים להצטרפות לתכנית נוספת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה

הנני מבקש להצטרף לתכנית המבוקשת על אף שיש בידי פוליסה קיימת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה וכי ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח (פרמיות) עבור שתי הפוליסות.

אישור זה מתייחס לתוכניות ביטוח למקרה מוות או שחרור מתשלום פרמיות במקרה אובדן כושר עבודה או נכות מתאונה.

	חתימה ★		
			ראשי
			תאריך

אין באמור בכדי להוות אישור החברה על ביטוח קיים בתוקף במגדל.

## יא. הצהרת בריאות

לא	כן	ממן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם ב-5 שנים האחרונות אושפזת ו/או עברת ניתוח ו/או האם יעצו לך לעבור ניתוח? (3)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. האם אובחנו אצלך בעבר מחלות ממאירות ו/או גידולים? (24)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. האם אובחנה אצלך בעבר מחלה במערכת העצבים והמוח (לרבות טרשת נפוצה, פרקינסון)? (4)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. האם אתה מוגבל ו/או נעזר באדם אחר בביצוע הפעולות היומיומיות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים או ללכת? או האם נאמר לך שהנך צפוי להיות נזקק לטיפול סיעודי ב-12 החודשים הקרובים ו/או שהנך מקבל גמלת סיעוד מהמוסד ביטוח לאומי או ממוסד אחר?

**לתשומת ליבך:**

1. על כל מבוטח שגילו 65 ומעלה לצרף תמצית רפואית המתייחסת למצבו הרפואי וכוללת את הפרטים הבאים לפחות: ניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו בחמש שנים האחרונות.
2. על מבוטח מגיל 70 ומעלה למלא בנוסף גם שאלון קוגניטיבי.

אני הח"מ מצהיר ומאשר כדלקמן,

1. (א) **כל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות;** (ב) אם אדרש לכך על-ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בבדיקה רפואית על ידי רופא החברה והתשובות שתימסרנה על-ידי רופא החברה תחשבנה כחלק בלתי נפרד מהצהרותי; (ג) **קבלה לביטוח:** ידוע לי כי הסכמת החברה לקבל אותי או כל אחד מהמועמדים לביטוח כרוכה בין היתר, בהליך של חיתום, שעל פיו החברה מעריכה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים, נתונים סטטיסטיים, מידע רפואי או כל מידע אחר רלבנטי ורק עם סיומו תודיע לי החברה אם קבלה או לא קבלה את ההצעה. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
2. **ויתור על סודיות רפואית:** אני נותן רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה וכן כל הרופאים, המוסדות הרפואיים, מרפאות בריאות הנפש, בית החולים גהה המעבדות, מכון מור ובתי החולים האחרים, המוסד לביטוח לאומי, לרבות מידע על תשלומים ששילם ומשלם לי. לחברות הביטוח, לקרנות הפנסיה, שלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, מנהל האוכלוסין ומשרד הפניה למסור ל"מגדל חברה לביטוח בע"מ" ו/או ל"מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ" ("המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי המבקש על מצב בריאות, ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותכם והקשורים למצבי הרפואי. הנני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כאמור, ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור. כן אני מייפה את המבקש לאסוף כל מידע שיראה בעיניו חשוב בקשר למצב בריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי תכנית הביטוח. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. בקשה זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1981 - והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל הגופים הנזכרים לעיל

**השימוש במידע יעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד**

	חתימת ★ מועמד לביטוח		
			תאריך

**הצהרת סוכן הביטוח / עד לחתימה:** אני הח"מ מאשר בזאת כי המועמד לביטוח חתם לפני.

	חתימת סוכן ★ ביטוח / עד חתימה	מספר רישיון סוכן	שם פרטי ומשפחה	
				תאריך





## י.ב. גילוי נאות - ריכוז כל המרכיבים בפוליסה - בתכנית למבוטח

שם הפוליסה	"מגדלור לפרישה לפרט" - אינה מאושרת כקופת גמל לקצבה
תאריך תחילת הביטוח	תאריך זכייה החברה בהפקדה חד פעמית לחיסכון
סכום הקצבה החדושי(ש"ח)	
משיכת החיסכון המצטבר	<ul style="list-style-type: none"> <li>לאחר קבלת הקצבה- אין אפשרות לבצע פדיון</li> <li>במקרה מוות חלילה, בטרם שולמו מינימום הקצבאות ע"פ המסלול שנבחר, תשלם החברה למוטבים עד להשלמת המינימום.</li> </ul>
דמי ניהול	עד תחילת תשלום הקצבה יהיו דמי הניהול מצבירה בשיעור הנקוב בדף פרטי הביטוח. ממועד תשלום הקצבה יהיו דמי הניהול בשיעור שנתי של 0.6%.
הכיסוי הביטוחי	הכיסוי הביטוח בפוליסה זו משמעותו הקדמת תשלום הקצבה הצפויה במקרה סיעוד בהתאם לתנאי הפוליסה, העלות בגין כיסוי זה תנוכה אחת לחודש בסכום המפורט בדף פרטי הביטוח.

תאריך	חתימת המשווק / הפנסיוני	חתימת המבוטח	חתימת בעל הפוליסה
	הסוכן הפנסיוני	המבוטח	הפוליסה

זכותך תוך 60 ימים מקבלת פוליסת הביטוח החדשה, בתנאי שלא קרה מקרה ביטוח, לבטלה.  
במקרה זה הינך זכאי להחזר של כל הסכומים ששילמת בניכוי דמי הניהול עבור מרכיב החיסכון וקנסות המשיכה לפי תנאי הפוליסה.

## י.ג. הצהרות / התחייבויות המועמד לביטוח

אני הח"מ מבקש להתקבל כמבוטח בהתאם לתנאי תכנית הביטוח שנבחרה בהצעה זו לאחר שמצאתי אותה מתאימה לצרכי ואני מצהיר ומתחייב כדלקמן:

**הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה:** כל התשובות, הפרטים והמידע האחר שנמסר במסגרת הצעה זו ו/או במסגרת הצהרת הבריות ("המידע") הינם נכונים ומלאים. המידע כאמור הינו מהותי למבטח והוא משמש בסיס לחוזה הביטוח בדמי הביטוח ובתנאי כיסוי כפי שהוצעו, ומהווה חלק בלתי נפרד ממנו. ידוע לי כי אי מסירת תשובות מלאות וכנות עלולה להשפיע על תשלום תגמולי הביטוח. אני מתחייב להודיע לחברה אם בעתיד יחול שינוי באלו מהמידע שנמסר וזאת מיד עם היוודע לי על דבר השינוי.

**העברת מידע בקווי תקשורת:** אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התכנית ו/או אודותי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט או באמצעי תקשורת חליפי, למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח ("קווי תקשורת") וכן כי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך כי במקרה זה יתכנו תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים המהווים פגיעה בפרטיות וזאת על אף אמצעי אבטחת מידע סבירים שהחברה נוקטת וכל עוד החברה נוקטת באמצעי אבטחת מידע כאמור. החברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת.

**הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות:** אני מאשר שהמידע שמסרתי במסגרת זו וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ישמר במאגרי המידע של החברה כן בגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע שמסרתי ימסר לסוכן הביטוח/בעל רישיון לצרכי שירות לגורמים נוספים כמתחייב בדין (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגדי).

**הצהרה בדבר מרכיבי התכנית והתאמתם למועמד לביטוח:** החברה מסרה לי כי תכניות הביטוח המשווקות על ידה מעת לעת, לרבות התכנית נשוא הצעה זו, מפורסמות באתר האינטרנט של החברה. מרכיבי התכנית הנרכשת לרבות הכיסויים הביטוחיים, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי ביטוח וגבולות אחריות עיקריים, וכן אמצעי התשלום ותנאי התשלום האפשריים הובאו לידיעתי. כמו כן, נמסר לי דבר קיומם / אי קיומם של תקופת המתנה ו/או תקופת אכשרה ו/או החרגות לכיסוי הביטוחי ו/או השתתפות עצמית, גובה ההנחות (במידה וישנן) והתנאים לביטולן, וידוע לי כי באפשרותי לקבל מידע מפורט בעניין זה. כמו כן ידוע לי, כי קיימות בחברה תכניות ביטוח נוספות מסוגים שונים, הנבדלות מהתכנית הנרכשת בהרכב הכיסוי הביטוחי, בעלותם ובהיקפם, ואני מאשר, כי התכנית אליה אני מבקש להתקבל, נבחרה לאחר שמצאתי אותה מתאימה לצרכי. כמו כן נמסר לי כי מעת לעת מוציאה החברה תכניות חדשות וכי ראוי לבדוק ולברר בכל עת בעתיד את המוצר הנרכש ביחס לאלו שהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התכנית נשוא ההצעה עשויים להשתנות.

**הצהרה בדבר קבלת יעוץ פנסיוני מהמשווק הפנסיוני:** אני מצהיר כי ידוע לי שעל היועץ הפנסיוני או המשווק הפנסיוני, כהגדרתם לפי חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק ביעוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני) להתאים את הייעוץ או השיווק לצרכי הלקוח לאחר שברר עימו את מטרות החיסכון שלו באמצעות מוצר פנסיוני, את מצבו הכספי דרך כלל, את החיסכון הקיים שלו, באמצעות מוצרים פנסיוניים ואת שאר הנסיבות הצריכות לעניין. ככל שהלקוח הסכים למסור לגביהם מידע, ולאור אלו נעשית הבחירה של סוג המוצר הפנסיוני, המוצר הפנסיוני והגוף המוסדי. אני מאשר כי קיבלתי ייעוץ לגבי הרכישה של המוצר הפנסיוני וכי קיבלתי מבעל הרישיון מסמך בכתב, המפרט את הנימוקים של בעל הרישיון בדבר כדאיות החיסכון שלי באמצעות המוצר הפנסיוני הנרכש. כמו כן, נמסר לי כי מעת לעת מוציאה החברה תכניות חדשות וכי ראוי לבדוק ולברר בכל עת בעתיד את המוצר שרכשתי ביחס לאלו שהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התוכנית שרכשתי עשויים להשתנות.

**הצהרה בקשר למינוי סוכן ביטוח/משווק פנסיוני/יועץ פנסיוני ומשלוח הודעות:** סוכן הביטוח/המשווק הפנסיוני/היועץ הפנסיוני הרשום בהצעה זו מתמנה בזה להיות סוכן הביטוח/משווק פנסיוני/יועץ פנסיוני מטעמי ואני מתיר לחברה ו/או לקבוצה להעביר להם כל מידע בענייני הקיים אצלה והדרוש להם לטיפול בעניינים המפורטים בהצעה זו לרבות הפוליסות שתירכשנה בעקבות הצעה זו.

כמו כן ידוע לי, כי סוכן הביטוח שצוין בהודעה יחשב כשלוש של החברה לעניין מתן ההודעות שלי ושל המוטב לחברה, למעט במקרים המפורטים להלן שאז עלי למסור את ההודעות לחברה במישרין:

**הצהרה לעניין FATCA:** החברה הודיעה לי כי אם (1) אצהיר כי אני אזרח או תושב ארצות הברית לצרכי מס או (2) אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני אזרח או תושב של ארצות הברית לצרכי מס וסירבתי למלא את הטפסים לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הזיהוי שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה-FATCA.

**הצהרה לעניין CRS:** החברה הודיעה לי כי אם 1. אצהיר כי אני תושב מדינה זרה לצרכי מס או 2. אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני תושב מדינה זרה לצרכי מס וסירבתי למלא את הטפסים לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים של החיסכון שלי בהתאם להוראות

בקשה לשינוי מסלול השקעה, בקשה למשיכת כספים, בקשה לשינוי מוטב, בקשה לתשלומים בעקבות פטירת המבוטח, בקשה לביצוע תשלומי משיכה, המרה, היוון עם תום תקופת הביטוח, בקשה להפסקת הכיסוי הביטוחי, וכן כל מסמך נוסף הנוחץ לצורך ביצוע הוראות/בקשות אלה, הנמסרות לחברה על ידי המבוטח, המוטב או כל אדם אחר, צריכות להימסר אך ורק במשרדי החברה באחת מן הכתובות כמפורט בתנאי הפוליסות.

**איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי**  
**לתשומת ליבך,** רשות שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם.  
 במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. לנוחותך, תוכל למלא בקשה להסרת פרטיך מהממשק באמצעות טופס דיגיטלי באתר האינטרנט של חברתנו בכתובת: [www.migdal.co.il](http://www.migdal.co.il)  
 לידיעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

תאריך	חתימת מועמד לביטוח
-------	--------------------

(מחזורת 11.2018)

### י.ד. הסכמה לפניות שיווקיות - (רשות)

אני מסכים /  לא מסכים כי המידע ישמש את החברה ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לרבות סוכן הביטוח שלי, לצורך שיווק ודיור ישיר אודות כיוסיים ביטוחיים ומוצרים ו/או שירותים פיננסיים, פיננסיים ואחרים ולפנייה בהצעה לרכישתם, וזאת בין היתר באמצעות פקסימיליה, הודעה אלקטרונית (דוא"ל), הודעת מסר קצר (SMS), מערכת חיוג אוטומטי או כל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה השיווקית באמצעות סוכן הביטוח או באתר מגדל או פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה בטלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני [mokedbi@migdal.co.il](mailto:mokedbi@migdal.co.il).

	<b>חתימת המבוטח/בעל הפוליסה</b> ★	תאריך
--	-----------------------------------	-------

### טו. הצהרת הסוכן

הריני מצהיר בזאת, כי שאלתי את המועמד לביטוח ובעל הפוליסה בין היתר את כל השאלות המופיעות למעלה וקבלתי מהם את כל הפרטים, המידע והמסמכים הדרושים ובין היתר את הפרטים המפורטים בטופס זה על צרופותיו וכי מסרתי להם את כל המסמכים הנדרשים כקבוע בהסדר התחיקתי וכי מסמך זה נחתם לפניי. כמן כן אני מאשר בזאת כי בדקתי את תעודת הזהות של המועמד לביטוח, וגם נציג המועמד לביטוח ובעל הפוליסה והשוויתי את הפרטים המנויים בתעודת הזהות לפרטים המופיעים מעלה ומצאתי כי הם זהים. אני מאשר בזאת כי בעת מילוי ההצעה / הבקשה, לא מסר לידי המועמד לביטוח / בעל הפוליסה אינדיקציות לגבי תושבות זרה או פרטים שמחייבים מילוי טופס W8.

	<b>חתימת הסוכן</b> ★	שם הסוכן		תאריך
--	----------------------	----------	--	-------

### טז. הצהרת המשווק הפנסיוני / היועץ הפנסיוני

אני מצהיר בזאת, כי שאלתי את המבוטח בין היתר את כל השאלות המופיעות למעלה וקבלתי מהם את כל הפרטים, המידע והמסמכים הדרושים ובין היתר את הפרטים המפורטים בטופס זה על צרופותיו וכי מסרתי למבוטח מסמך בכתב כקבוע בהסדר התחיקתי וכי מסמך זה נחתם לפניי. אני מאשר בזאת כי בעת מילוי ההצעה / הבקשה, לא מסר לידי המועמד לביטוח / בעל הפוליסה אינדיקציות לגבי תושבות זרה או פרטים שמחייבים מילוי טופס W8.

	<b>חתימת המשווק הפנסיוני / היועץ הפנסיוני</b> ★	תאריך
--	---	-------





תאריך מילוי

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

# טופס הכר את הלקוח ליחיד

טופס מספר **2705**

## חלק א' - פרטי הלקוח

### 1. פרטי מבוטח / עמית

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות / דרכון

### 2. מצב משפחתי

רווק   
  נשוי   
  גרוש   
  אלמן   
  ידוע בציבור

### 3. מעמד תעסוקתי

3.1 מהו מעמדך התעסוקתי כיום: (יש לסמן אפשרות אחת בלבד)

שכיר   
  עצמאי   
  בשירות סדיר/לאומי   
  סטודנט   
  אברך   
  גמלאי/ פנסיונר   
  לא עובד

3.2 פרטים על משלח היד/תחום העיסוק:

משלח יד / מקצוע	עיסוק / מקום עבודה נוכחי

במידה והלקוח הינו עצמאי - תחום העיסוק של העסק:

3.4 תחום העיסוק של העסק \_\_\_\_\_ 3.5 מחזור הכנסות שנתי \_\_\_\_\_

### 4. מאפיינים נוספים - נא ענה על השאלות מטה:

4.1 האם הנך "תושב חוץ"?  כן  לא

4.2 אם התשובה לשאלה 4.1 לעיל היא "כן", נא פרט את מדינת האזרחות / תושבות שלך:

ארץ אזרחות (אפשר לציין יותר ממדינה אחת): \_\_\_\_\_

ארץ תושבות (אפשר לציין יותר ממדינה אחת): \_\_\_\_\_

4.3 אם התשובה לשאלה 4.1 לעיל היא "כן", נא פרט מה הזיקה שלך לישראל:

מנהל עסקים בישראל (עסק/ סניף/ לקוחות/ ספקים)   
 מבקר בישראל בתדירות גבוהה לצורך עניינים משפחתיים/ לימודים/ פנאי  
 מתגורר בישראל   
 אחר: \_\_\_\_\_  
 אין זיקה לישראל, אך פותח פוליסה/חשבון בישראל כי: \_\_\_\_\_

"תושב חוץ" = מי שנמצא בישראל אך אינו אזרח ישראלי או לא נמצא על פי אשרת עולה או תעודת עולה, או לא נמצא על פי רישיון לשיבת קבע.

### 5. היות של המבוטח "איש ציבור" או בעל זיקה ל"איש ציבור" - נא ענה על השאלות מטה:

תחום עסקי	קרבה	מדינה	תפקיד	נא ענה האם הנך או אחת מהישויות המפורטות מטה הינם "איש ציבור" אם התשובה לאחת מהשאלות היא "כן" התייחס לעמודות משמאל
				5.1 הנך <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
				5.2 בן משפחתך <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
				5.3 שותף עסקי <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

אם התשובה לשאלה 5.3 לעיל היא "כן", בגלל שהנך שותף עסקי של תאגיד בשליטת איש ציבור?

5.4 שם התאגיד \_\_\_\_\_ 5.5 ח"פ תאגיד \_\_\_\_\_

"איש ציבור" = בעל תפקיד ציבורי בכיר, בעבר או בהווה, אשר מונה לתפקיד מטעם מדינת ישראל או מדינה אחרת, ובין אם כיהן/מכהן בתפקיד בישראל או במדינה מחוץ לישראל; "תפקיד ציבורי בכיר" - לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר מפלגה בכיר, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושא משרה בכיר בחברה ממשלתית, בעל תפקיד קבוע בארגון בין-לאומי או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;

"בן משפחה" = בן זוג וכן אח, הורה, הורה הורה, צאצא או צאצא של בן הזוג, או בן זוג של כל אחד מאלה.

"שותף עסקי" - שותף עסקי שהינו יחיד או בן משפחתו או שותף עסקי שהינו תאגיד או בעל שליטה בתאגיד

### 6. סירוב לפתוח חשבון

האם גוף מוסדי או בנק אחר סירב לפתוח לך פוליסה/חשבון מסיבות של יישום הוראות איסור הלבנת הון?  כן  לא

במידה וכן, פרט את הסיבה \_\_\_\_\_

חתימת הלקוח

\_\_\_\_\_



0100027050710280818

עמוד 7 מתוך 10 דפים

מגדל חברת לביטוח בע"מ  
מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מסמך: 1161



תאריך מילוי

## טופס הכר את הלקוח ליחיד חלק ב' - פוליסה / חשבון

### 7. פעילות מתוכננת פוליסה / חשבון

אופי החשבון המנוהל:

7.1	אם אופן ההפקדות הצפוי הינו "חד פעמי", האם צפויות הפקדות נוספות?	כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
7.2	אם אופן ההפקדות הצפוי הינו "שוטף", מה תדירות ההפקדות הצפויה?	שוטף חודשי <input type="checkbox"/>	שוטף רבעוני <input type="checkbox"/>
7.3	מה היקף ההפקדות הצפוי?	עד 10,000 ₪ בשנה <input type="checkbox"/>	בין 10,000-50,000 ₪ בשנה <input type="checkbox"/>
7.4	מה אופן הפדיון/המשיכה הצפוי?	חד פעמי <input type="checkbox"/>	לשיעורין <input type="checkbox"/>
7.5	מה תקופת החיסכון הצפויה?	עד 3 שנים <input type="checkbox"/>	בין 3-5 שנים <input type="checkbox"/>
7.6	האם צפויה פעילות מול חשבון בחו"ל?	כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
7.7	אם התשובה לשאלה 7.6 היא כן, פרט מול איזה/ו מדינה/ות: _____		

### 8. מטרת פוליסה/חשבון

מה מטרת הפוליסה/חשבון שלך (אפשר לסמן יותר ממקור אחד):

<input type="checkbox"/>	רכישת דירה	<input type="checkbox"/>	רכישת רכב	<input type="checkbox"/>	ניהול כספים
<input type="checkbox"/>	לימודים	<input type="checkbox"/>	חופשה	<input type="checkbox"/>	חסכון במכשיר עם הטבות מס
<input type="checkbox"/>	חיסכון לילד	<input type="checkbox"/>	חתונה	<input type="checkbox"/>	אחר: _____
<input type="checkbox"/>	בר/בת מצווה				

### 9. מקור כספי ההשקעות ומקור ההכנסה

9.1 אם אופן הפקדה "חד פעמי", מהו מקור כספי החיסכון (אפשר לסמן יותר ממקור אחד):

<input type="checkbox"/>	חסכונות שנצברו במהלך השנים	<input type="checkbox"/>	ירוושה	<input type="checkbox"/>	פיצוי פרישה/מענק חד פעמי ממקום העבודה
<input type="checkbox"/>	רכוש מניב/רווחים	<input type="checkbox"/>	מתנה	<input type="checkbox"/>	מכירת נדל"ן/עסק
<input type="checkbox"/>	ביטוח לאומי/תגמולי ביטוח	<input type="checkbox"/>	מכירת רכב	<input type="checkbox"/>	מכירת רכוש ייחודי
<input type="checkbox"/>	רווח מעסקים				

9.2 האם אחד ממקורות הכספים שמנית בשאלה 9.1 התקבל בחו"ל?

כן  לא  ואיזה מדינה \_\_\_\_\_

"רכוש ייחודי" = חפץ אומנות/כלי קודש/כלי תחבורה לרבות כלי שיט או כלי טיס, אבנים ומתכות יקרות, ניירות ערך, נכסי שלא ניידים, עתיקות, שטיחים.

### 10. קיומו של נהנה בחשבון

נא ענה על השאלות מטה:

10.1	האם הכספים בחשבון מוחזקים בעבור אדם אחר שאינו אתה?	כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
10.2	האם הינך מבצע את הפעילות בעבור אדם אחר שאינו מקבל שירות?	כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
10.3	האם אדם אחר שאינו מקבל שירות מכוון את הפעילות בחשבון?	כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>

"מקבל שירות" - בעל פוליסה, מבוטח, עמית, מי שכרת את חוזה ביטוח החיים, מי שפתח את החשבון, מיפפה כוח, מוטב למקרה חיים או לאחר פטירת המבוטח - מוטב למקרה מוות, עושה פעולה מזדמן או לווה שאינו עמית או מבוטח.

חתימת  
הלקוח



0100027050810280818

עמוד 8 מתוך 10 דפים

מגדל חברת לביטוח בע"מ  
מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מסמך: 1161





## טופס הכר את הלקוח ליחיד חלק ג' - ישות נוספות בפוליסה / חשבון

תאריך מילוי

### 11. חשבונות נאמנות

אם התשובה לאחת משאלות 10 הינה "כן" או אם קיים נהנה בחשבון יש לענות על שאלה 11.

מה סוג הנאמנות?  הקדש  מינוי על פי צו שיפוטי  אפוסטרופוסות טבעית  מינוי על פי הסכם בכתב

### 12. נא ענה ביחס למוטב למקרה מוות (להלן - "הישות")

יש למלא חלק זה רק אם המבוטח תושב חוץ וקיימת ישות בפוליסה שהינה מוטב למקרה מוות ביחס לאותה ישות.

תחום עסקי	קרבה	מדינה	תפקיד	נא ענה האם מוטב למקרה מוות או אחת מהישויות המפורטות מטה הינם "איש ציבור" או התייחס לעמודות משמאל
				12.1 הישות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
				12.2 בן משפחתו <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
				12.3 שותפו העסקי <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
אם התשובה לשאלה 12.3 לעיל היא "כן", בגלל שהישות שותף עסקי של תאגיד בשליטת איש ציבור?				
12.4 שם התאגיד			12.5 ח"פ תאגיד	

"איש ציבור" = בעל תפקיד ציבורי בכיר, בעבר או בהווה, אשר מונה לתפקיד מטעם מדינת ישראל או מדינה אחרת, ובין אם כיהן/מכהן בתפקיד בישראל או במדינה מחוץ לישראל;  
 "תפקיד ציבורי בכיר" - לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר מפלגה בכיר, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושא משרה בכיר בחברה ממשלתית, בעל תפקיד קבוע בארגון בין-לאומי או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;  
 "בן משפחה" = בן זוג וכן אח, הורה, הורה הורה, צאצא או צאצא של בן הזוג, או בן זוגו של כל אחד מאלה.  
 "שותף עסקי" - שותף עסקי שהינו יחיד או בן משפחתו או שותף עסקי שהינו תאגיד או בעל שליטה בתאגיד.

### 13. נא ענה ביחס למוטב למקרה חיים או נהנה (להלן - "הישות")

יש למלא חלק זה רק אם המבוטח תושב חוץ וקיימת ישות בפוליסה שהינה מוטב למקרה חיים או נהנה ביחס לאותה ישות.

תחום עסקי	קרבה	מדינה	תפקיד	נא ענה האם מוטב למקרה חיים או נהנה או אחת מהישויות המפורטות מטה הינם "איש ציבור". אם התשובה לאחת מהשאלות היא "כן" התייחס לעמודות משמאל.
				13.1 הישות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
				13.2 בן משפחתו <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
				13.3 שותפו העסקי <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
אם התשובה לשאלה 13.3 לעיל היא "כן", בגלל שהישות שותף עסקי של תאגיד בשליטת איש ציבור?				
13.4 שם התאגיד			13.5 ח"פ תאגיד	

"איש ציבור" = בעל תפקיד ציבורי בכיר, בעבר או בהווה, אשר מונה לתפקיד מטעם מדינת ישראל או מדינה אחרת, ובין אם כיהן/מכהן בתפקיד בישראל או במדינה מחוץ לישראל;  
 "תפקיד ציבורי בכיר" - לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר מפלגה בכיר, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושא משרה בכיר בחברה ממשלתית, בעל תפקיד קבוע בארגון בין-לאומי או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;  
 "בן משפחה" = בן זוג וכן אח, הורה, הורה הורה, צאצא או צאצא של בן הזוג, או בן זוגו של כל אחד מאלה.  
 "שותף עסקי" - שותף עסקי שהינו יחיד או בן משפחתו או שותף עסקי שהינו תאגיד או בעל שליטה בתאגיד.

--

חתימת  
הלקוח



0100027050910280818

עמוד 9 מתוך 10 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ  
מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מסמך: 1161

## טופס הכר את הלקוח ליחיד

## חלק ד' - שאלות נוספות

אין למלא חלק זה, אלא אם כן נדרש מפורשות בהתאם להנחיות הגוף המוסדי

## 14. מקור כספי ההשקעות ומקור ההכנסה

14.1 מה מקורות ההכנסה שלך (אפשר לסמן יותר ממקור אחד):

- שכר עבודה  
 פנסיה  
 דיבידנד  
 תגמולים ממקורות אחרים  
 תקבולים מעסק  
 ריבית מחסכונות  
 השקעות  
 שכ"ד/נדל"ן מניב  
 אחר: \_\_\_\_\_  
 ביטוח לאומי/תגמולי ביטוח

## 14.2 גובה הכנסה ברוטו:

- עד 10,000 ₪  
 בין 10,000-15,000 ₪  
 בין 15,000-30,000 ₪  
 מעל 30,000 ₪

יתכן כי במידה וימצא צורך בהתאם לניהול סיכונים הלבנת הון תדרש להמציא אסמכתאות נוספות.

הריני מאשר את נכונות הפרטים שמסרתי לעיל.

חתימת  
הלקוח

