



המועד המבוקש להתחלת הביטוח *				
0	1		1	3

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

הצעה לביטוח פרט - לכיסויים ביטוחיים בלבד (תוכניות שאינן מוכרות כקופת גמל)

165 טופס מספר

א. פרטי המועמדים לביטוח - אם לא קיימת זהות בין המבוטח לבעל הפוליסה יש למלא גם סעיף ב'

ב. פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה - חובה למלא אם בעל הפוליסה אינו המבוטח									
מספר זהות / ח"פ / ח"צ		שם משפחה / שם חברה		שם פרטי		דואר אלקטרוני			
כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית	מס' דירה	יישוב		מיקוד	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	

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

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 והגביה ועל כך שהתשלום/ים הנ"ל יבוצעו/ עבור המבוטח ו/או כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה או בקשר אליה. יבוצע לפקודת בעל הפוליסה/המבוטח בהתאם למקרה בלבד.

חתימת המשלם

שם פרטי ושם משפחה

תאריך

ד. הכיסוי הביטוחי המבוקש (*)()**

למועמד לביטוח	☐ אור 1	☐ אור 5	סכום ביטוח _____ ש"ח	מזור 31*** סכום ביטוח _____ ש"ח
למועמד שני לביטוח (בן/בת זוג)	☐ אור 1	☐ אור 5	סכום ביטוח _____ ש"ח	מזור 31*** סכום ביטוח _____ ש"ח
* במקרה של בחירה בריסק (אור 1/5) ומזור 31, תופקנה פוליסות נפרדות. ** רכישת א.כ.ע/שחרור יש למלא שאלון החלפה ביטוח חיים. למזור 31 יש למלא שאלון החלפה בריאות. *** במזור 31 - החל מגיל 70 ישולם כיצוי בגובה 50% מסכום הביטוח הנקוב לעיל.				



עמוד מספר 1 מתוך 5 דפים

קוד מסמך 15/115

מ"ק 425100066 (03.2012)



ה. תקופת הביטוח היסודי ואופן תשלום

מועד ואופן תשלום דמי הביטוח		גיל תום תקופת הביטוח *	
מועד לבטוח	ריסק	65 ☐ 67 ☐ 70 ☐ מזור 31 (לגיל 75)	☒ חודשי ☐ הוראות קבע ☐ כרטיס אשראי
		65 ☐ 67 ☐ 70 ☐ מזור 31 (לגיל 75)	
מועד שני לביטוח (ב/בת זוג)	ריסק	65 ☐ 67 ☐ 70 ☐ מזור 31 (לגיל 75)	

* אם לא יסומן גיל תום תקופת הביטוח בריסק (אור 1/5), ברירת המחדל תהיה גיל 67 (הגיל - כהגדרתו בתנאי הפוליסה).

ו. מגדל הכנסה למשפחה

מועמד לביטוח: ☐ מגדל הכנסה למשפחה. (באפשרותך לקבוע סכום ביטוח שונה ותקופת ביטוח שונה לכל אחד מהמוטבים המצוינים שלהלן):

סכום התשלום החודשי במקרה מות המבוטח *	תקופת הביטוח (בשנים) **	שם משפחה של המוטב	שם פרטי של המוטב	מספר זהות של המוטב	קרבה למבוטח

מועמד שני לביטוח (בן/בת זוג): ☐ מגדל הכנסה למשפחה. (באפשרותך לקבוע סכום ביטוח שונה ותקופת ביטוח שונה לכל אחד מהמוטבים המצוינים שלהלן):

סכום התשלום החודשי במקרה מות המבוטח *	תקופת הביטוח (בשנים) **	שם משפחה של המוטב	שם פרטי של המוטב	מספר זהות של המוטב	קרבה למבוטח

* סכומי הביטוח צמודים למדד עד מות המבוטח. החל ממועד זה ישולם סכום התשלום החודשי למוטבים כשהוא צמוד לתוצאות ההשקעות במסלול ההשקעה כמוגדר בפוליסה.
** סיום הביטוח בהתאם לתקופת הביטוח שצוינה לעיל, אך לא יאוחר מגיל 70 של המבוטח

ז. ביטוחים נוספים עבור מועמד לביטוח ומועמד שני לביטוח

ביטוחים נוספים - עד גיל 65 או עד תום תקופת הביטוח היסודי, לפי המוקדם ביניהם.

מועמד לביטוח	מוות מתאונה	נכות מתאונה	מוות ונכות מתאונה (כולל ביטול חריג טרור)
למועמד לביטוח	סכום הביטוח ש"ח	סכום הביטוח ש"ח	סכום הביטוח ש"ח
למועמד שני לביטוח	סכום הביטוח ש"ח	סכום הביטוח ש"ח	סכום הביטוח ש"ח

אובדן כושר עבודה בפרמיה משתנה (ביטוח לאובדן כושר עבודה עד גיל 67 או עד תום תקופת הביטוח היסודי לפי המוקדם מביניהם)

למועמד לביטוח שם התכנית: ☐ שלווה ☐ מגדל כושר ☐ שחרור

☐ פיצוי חודשי: (לא רלוונטי ברכישת "שחרור") ש"ח	☐ סוג כיסוי: ☐ רגיל ☐ מורחב	☐ תקופת המתנה: ☐ 3 חודשים (ברירת מחדל) ☐ 6 חודשים	☐ פיצוי מוגדל פרנציזה: (לא רלוונטי ברכישת "שחרור") חודשיים	☐ נספח עזר
--	--	--	---	-----------------------------------

למועמד שני לביטוח (בן/בת זוג) שם התכנית: ☐ שלווה ☐ מגדל כושר ☐ שחרור

☐ פיצוי חודשי: (לא רלוונטי ברכישת "שחרור") ש"ח	☐ סוג כיסוי: ☐ רגיל ☐ מורחב	☐ תקופת המתנה: ☐ 3 חודשים (ברירת מחדל) ☐ 6 חודשים	☐ פיצוי מוגדל (פרנציזה): (לא חל על "שחרור") חודשיים	☐ נספח עזר
--	--	--	--	-----------------------------------

ח. פרטי ילדים* (למילוי במקרה של רכישת כיסויים נוספים עבור ילדים)

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
				☐ זכר ☐ נקבה
				☐ זכר ☐ נקבה
				☐ זכר ☐ נקבה
				☐ זכר ☐ נקבה

* מתחת לגיל 18.

כיסויים נוספים עבור הילדים (ביטוחים נוספים עד גיל 25 או עד תום תקופת הביטוח, לפי המוקדם)

☐ נכות מתאונה *	☐ מוות ונכות מתאונה* (כולל ביטול חריג טרור)	☐ מזור 31**
סכום הביטוח לילדים	ש"ח	ש"ח

לתשומת לבך - סכום הביטוח הנקוב הינו עבור כל אחד מהילדים בנפרד.

* כיסוי נוסף בפוליסת ההורה ** למזור 31 תופק פוליסה נפרדת



0111516502050312

ט. מוטבים: בח"י המבוטח - המבוטח. במות המבוטח:					
מועמד לביטוח	מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי
	מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי
מועמד שני לביטוח (בן/בת זוג)	מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי
	מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי

י. שאלון החלפה / שינוי בפוליסות ביטוח חיים/בריאות (לכל אחד מהמועמדים לביטוח)

כדי לברר אם בכוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסה/ות הביטוח שברשותך, אגב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, וכדי לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת ההחלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

- מועמד לביטוח:** האם בידך פוליסה/ות ☐ ביטוח חיים / ☐ בריאות בתוקף? ☐ לא, עבור לשאלה 2, ☐ כן, נא פרט: ☐ מועמד שני לביטוח: האם בידך פוליסה/ות ☐ ביטוח חיים / ☐ בריאות בתוקף? ☐ לא, עבור לשאלה 2, ☐ כן, נא פרט:

כחלק מרכישת פוליסה חדשה, או כתוצאה מהוספת כיסויים ביטוחיים נוספים או הגדלת פרמיה האם הפוליסות לביטוח חיים/בריאות לרבות ריידרים שבתוקף: יבוטלו או ייפדו באופן חלקי או מלא, יסולקו באופן חלקי או מלא, או יסתיימו בכל דרך אחרת. ישונו באופן שיקטן את ערכי הפדיון הקיימים אותה שעה, סכומי הביטוח הקבועים שהיו בהן, הגמלה או חלקה, או בכל הטבה אחרת הקבועה בהן. ישונו או יוגבלו באופן שיגרום להפחתה בסכום הביטוח או בקיצור תקופת הביטוח הקבועה בהן.
- במידה ויש בידך נספחים (ריידרים) בתוקף לפוליסה/ות הביטוח:**

כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בנספחים אלו: בתנאי הפוליסה, כגון בכיסויים הביטוחיים להם אתה זכאי, בפרמיה ו/או בסכומי הביטוח.

תשובה חיובית לאחת או יותר מן השאלות 1 ו-2 בסעיפים שלעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך **מסמך השוואה** כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסה חדשה.

הצהרת הסוכן: למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח חיים שבתוקף: ☐ לא ☐ כן

☐	☐	☐	☐	☐	☐
תאריך	תחילת המועמד לביטוח	תחילת המועמד השני לביטוח	תאריך	תחילת המועמד לביטוח	תחילת המועמד השני לביטוח

יא. הצהרות המבוטח/ים

אני הח"מ מבקש להתקבל כמבוטח בהתאם לתנאי פוליסות הביטוח שנבחרה בהצהרה זו ואני מצהיר כדלקמן:

הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה: כל התשובות, הפרטים והמידע אחר שנמסר במסגרת הצעה זו ו/או במסגרת הצהרת הבריאות ("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. אני מתחייב להודיע לחברה אם בעתיד יחול שינוי באלו מהמידע שנמסר וזאת מיד עם היוודע לי על דבר השינוי.

הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה: אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה - המועמד לביטוח מצהיר בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבוטח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 75% מהכנסות הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. כן מצהיר המועמד לביטוח שידוע לו כי עליו להודיע לחברה על כל שינוי במקצועו או בעיסוקו שיחול במשך תקופת הביטוח.

אישור שמירה ושימוש בנתונים אישיים ואמצעי התקשורת עם המועמד לביטוח: בסעיף זה "מגדל" משמעה מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או חברות ו/או גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ. אני מאשר בזאת: (1) שהמידע שמסרתי במסגרת הצעה זו נמסר מרצוני ובהסכמתך; (2) המידע והנתונים שמסרתי וכל עדכון שלהם ישמרו במאגרי המידע של מגדל וישמשו לבחינת ההצעה, להוצאת פוליסות, לניהול השוטף של תיק הביטוח ו/או תכנית פנסיה ו/או מוצרים/שירותים אחרים שרכשתי במגדל, למתן שירותים במסגרת הפוליסה ו/או המוצרים הפיננסיים, דיוור ישייר, עיבוד מידע, פילוח שיווקי, וכן לצורך יצירת קשר לפניה בהזמנה להציע הצעות לרכישת פוליסות ביטוח, קופות גמל, קרנות פנסיה, קרנות נאמנות ומוצרים/שירותים נוספים של מגדל וקיום חובות על פי דין בקשר עם האמור לעיל; (3) החברה תהא רשאית להעביר את המידע והנתונים אודותי גם לסוכן הביטוח/ יועץ פנסיוני/ משווק פנסיוני המטפל בפוליסה מטעמי; (4) אם החברה תארגן פעילות/ה במסגרת תאגיד אחר או תתמוז עם גוף אחר, היא תהא זכאית להעביר לתאגיד החדש העתק מן המידע שנאגר אודותי ובלבד שתאגיד זה יקבל על עצמו כלפי מגדל הוראת אישור זה;

(5) אני מסכים כי מידע ונתונים שמסרתי כאמור ישמשו גם לצורך יצירת קשר עימי, לרבות באמצעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר או אמצעי תקשורת אחר. אם לא אהיה מעוניין במידע או בפניה כאמור מצד החברה, אוכל להודיע על כך לחברה בכל עת.

☐ איני מעוניין שתשלחו אלי פניות שיווקיות לגבי מוצרים ו/או שירותים של מגדל.

הצהרה בדבר מרכיבי התוכנית והתאמתם למבוטח: החברה מסרה לי כי תוכניות הביטוח המשווקות על ידיה מעת לעת, לרבות זו שנרכשה על ידינו, מפורסמות באתר האינטרנט של החברה. מרכיבי התוכנית הנרכשת, לרבות הכיסויים הביטוחיים ועלותם וכן החריגים לכיסוי ידועים לי. כן ידוע לי, כי קיימות בחברה תוכניות ביטוח נוספות מסוגים שונים, הנבדלים מהתוכנית הנרכשת בהרכב הכיסוי הביטוחי, בעלותם ובהיקפם, ואני מאשר, כי התוכנית הנרכשת נבחרה לאחר שמצאתי אותה מתאימה לצרכי. כמו כן נמסר לי כי מעת לעת מוציאה החברה תוכניות 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.

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 מהמחשבים 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.

בקשה לקבלת קוד למערכת מידע אישי: אני הח"מ מבקש ומאשר לקבל בדואר רשום או באמצעי קשר אחר קוד הפעלה ראשוני למערכת מידע אישי באתר האינטרנט של מגדל כהגדרתו להלן, אודות תכניות ביטוח ו/או תכניות פנסיה ו/או קופות גמל ו/או קרנות השתלמות ו/או מוצרים אחרים של מגדל ("אתר האינטרנט"). ידוע לי כי קוד הפעלה הראשוני יאפשר קבלת מידע מאתר האינטרנט רק בכפוף להשלמת תהליך הרישום לאתר האינטרנט.

☐	☐	☐	☐	☐	☐
תאריך	תחילת המועמד לביטוח	תחילת המועמד השני לביטוח	תאריך	תחילת המועמד לביטוח	תחילת המועמד השני לביטוח

יב. הצהרות הסוכן

הריני מצהיר בזאת כי שאלתי את בעל הפוליסה ואת המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות למעלה וקיבלתי ממנו/מהם את כל הפרטים והמסמכים שפורטו / צורפו לטופס זה, וכי מסמך זה נחתם לפניי.



0111516503050312

עמוד מספר 3 מתוך 5 דפים

קוד מסמך 128/115



שם הסוכן	מספר הסוכן
שם המפקח	מספר פוליסה

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

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	גובה (ס"מ)	משקל (ק"ג)
מועמד לביטוח				☐ זכר ☐ נקבה		
מועמד שני לביטוח				☐ זכר ☐ נקבה		
מצב משפחתי	דואר אלקטרוני	עיסוק	מספר טלפון	מספר טלפון נייד		
מועמד לביטוח	☐ ר ☐ נ ☐ א ☐ ג					
מועמד שני לביטוח	☐ ר ☐ נ ☐ א ☐ ג					

עישון	מועמד לביטוח	מועמד שני לביטוח
☐ אינני מעשן ולא עישנתי בעבר	☐ אינני מעשן ולא עישנתי בעבר	☐ אינני מעשן ולא עישנתי בעבר
☐ אני מעשן _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (שנה / חודש) _____	☐ אני מעשן _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (שנה / חודש) _____	☐ אני מעשן _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (שנה / חודש) _____
☐ עישנתי בעבר _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (ש / ח) _____ ועד (ש / ח) _____	☐ עישנתי בעבר _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (ש / ח) _____ ועד (ש / ח) _____	☐ עישנתי בעבר _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (ש / ח) _____ ועד (ש / ח) _____

מועמד לביטוח	מועמד שני לביטוח	סמן כן / לא - פרט אם יש צורך.	אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)	שם ילד 1	שם ילד 2	שם ילד 3	שם ילד 4
			גובה בס"מ משקל בק"ג				
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
תחביבים/אורח חיים עם סיכון מיוחד לגבי כל אחד מהמועמדים לביטוח. אם כן, צרף שאלון.							
אלכוהול [22] - אני צורך/צרכת מעבר לליטר אלכוהול בשבוע החל משנת _____ ועד שנת _____.							
סמים [22] - אני צורך/צרכת סמים. מזה _____ שנים שאיני צורך סמים. ציין את סוג הסמים מתי ובמשך איזו תקופה (חודש/שנה) _____.							

שאלות על מחלות ו/או על בעיות רפואיות ו/או על מומים							
1. האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי, מקבל טיפול רפואי, האם נפצעת בעבר בתאונה [10] או עברת בדיקות ב-3 החודשים האחרונים? אם כן, נא פרט בהערות וצרף מכתב מרופא מטפל.							
2. האם ייעצו לך לעבור ניתוח או אושפזת בבית חולים ב-10 השנים האחרונות או האם עברת אי פעם ניתוח? [3]							
3. האם נעדרת מעבודתך/לימודים עקב מחלה למעלה מחודש ו/או לא היית מסוגל לעבוד ב-5 השנים האחרונות?							
האם אתה סובל או סבלת בעבר מאחת המחלות/הבעיות הרפואיות/או המומים המפורטים להלן:							
4. א. סרטן, גידול, גוש או ממאירות. יש לצרף דוח היסטולוגי ומכתב מרופא מומחה.							
ב. העצבים והחושים, כגון: שיתוקים, סחרחורות והתעלפויות, אפילפסיה [4], כאבי ראש כרוניים (מיגרנות), הפרעות תנועה או תחושה, הפרעה בראייה (יש לציין הרכבת משקפיים רק כאשר העדשה/ות הן ממספר 8 ומעלה) [10] או בשמיעה [12], דיכאון או מחלות נפשיות [13].							
ג. דרכי הנשימה והריאה [1], כגון: אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, יריקת דם, שיעול ממושך, אמפיזמה, מחלת קרום הריאה או מחלה אחרת.							
ד. לב [2] וכלי הדם [14], כגון: התקף לב, אוטם, טרומבоза, אנגינה פקטוריס, לחץ דם גבוה, איספיקת לב, הפרעות קצב הלב או מחלה אחרת.							
ה. דרכי עיכול [6], כגון: אולקוס (כיב קיבה או תריסרון), מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כבד וספי מרה, חולי או בדיקות הקשורות במחלת הצהבת (HEPATITIS), דם סמיו בצואה או מחלה אחרת.							
ו. כליה [18] ודרכי השתן [15], כגון: מחלות או זיהומים בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה [16] או מחלה אחרת.							
ז. חילוף חומרים, כגון: סוכרת [7], מחלות בלוטות, מחלות בלוטת המגן [8], כולסטרול ושומנים גבוהים בדם [9], המופיליה או הפרעות אחרות הקשורות בדם.							
ח. מין, עור, כגון: עגבת, פצע שאינו מתרפא, שינויים בגודל וצורה של נקודת חן, יבלת, מלנומה או סרטן עור.							
ט. חולי או הדבקות הקשורות באיידס (תסמונת הכשל החיסוני) או האם אתה נושא/ת נוגדנים של איידס.							
י. כאבי גב [5], מחלות פרקים ועצמות [19] כגון: דלקות פרקים, ראומוטיזם, ארטריטיס, כאבי גב או מחלה אחרת.							
5. האם אתה מקבל תרופות? [21] פרט: _____							
6. האם אי פעם נדחתה או נתקבלה בתנאים מיוחדים הצעתך לביטוח חיים או בריאות או סיעוד בחברת ביטוח כלשהי?							
7. האם נקבעה לך נכות קיימת (זמנית או קבועה) ו/או שאתה נמצא בתהליך לקבלת הכרה בנכות ממוסד כלשהו?							
לביטוח מחלות קשות יש לענות גם על השאלות הבאות:							
8. האם אתה סובל או סבלת בעבר מאחת התופעות המפורטות להלן: מום מולד, שיתוק, פיגור שכלי, תסמונת דאון, אוטיזם, ניוון שרירים.							
9. האם אחד מקרוביך (אב / אם / אח / אחות / בן / בת) חלה או חולה בסרטן או במחלה נוירולוגית (כגון: אלצהיימר, טרשת נפוצה, פרקינסון) מתחת לגיל 50 [20]?							

הצהרות: אני הח"מ, כל אחד מהמועמדים לביטוח, בשמי ובשם ילדי, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאמטורפוס טבעי שלהם, מצהיר ומאשר:

1. (א) כל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות; (ב) אם אדרש לכך על-ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בדקה רפואית על-ידי רופא החברה והתשובות שתימסרנה על-ידי רופא החברה תחשבה 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 סימוני תודיע לי החברה אם קבלה או לא קבלה את ההצעה. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.

2. ויתור על סודיות רפואית: נתון רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה וכן כל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, המוסד לביטוח לאומי, לחברות הביטוח, לקרנות הפנסיה, שלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשרד הבריאות, לשלכת הבריאות המחוזית, למסור "מגדל חברה לביטוח בע"מ" ו/או "למגדל 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 שחלתיו בה בעבר ו/או שהיני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותכם והקשורים למצבי הרפואי. הנני מתחברת כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנגוע למצב בריאותי ו/או מחלותי כאמור, ולא תהייה 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 תכניות הביטוח. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי ויבאי כוחי החוקיים וכל מי שיובאו במקומי. בקשה זויפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל הגופים הנזכרים לעיל.

תחיתום המועמד לביטוח / נציג המועמד לביטוח	תחיתום המועמד השני לביטוח	תאריך
☐	☐	☐





טוב שיש מגדל מאחוריך
מגדל חברה לביטוח בע"מ

שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	

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

הוראה לחיוב חשבון - ביטוח חיים, בריאות, פנסיה

טופס מספר **5**

לכבוד

שם הבנק	מספר סניף	מספר בנק	כתובת הסניף (רחוב)	מספר	ישוב	מיקוד
---------	-----------	----------	--------------------	------	------	-------

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מוסד	מספר פוליסה / תכנית
		00602	

אני/הח"מ (בעל/י החשבון) כמופיע בספרי הבנק:

מספר זהות / ח"פ	שם משפחה / שם חברה	שם פרטי	כתובת מגורים (רחוב)	מספר בית	ישוב	מיקוד
-----------------	--------------------	---------	---------------------	----------	------	-------

- נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם, בגין פרמיית ביטוח חיים או בריאות או פנסיה בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות, ע"י **מגדל חברה לביטוח בע"מ**, כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".
- ידוע לי/לנו כי:
 - הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ול**מגדל חברה לביטוח בע"מ** שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן הודעה בבנק וכן, ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.
 - אחיה/נהיה רשאים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
 - אחיה/נהיה רשאים לבטל חיוב לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכח/נוכח בבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנכתבו בכתב ההרשמה, אם נקבעו.
- ידוע לי/לנו כי הפרטים שציינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/ינו להסדיר עם המוטב.
- ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב עפ"י ההרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תישלח לי/לנו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
- הבנק רשאי להוציא/ינו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- נא לאשר ל**מגדל חברה לביטוח בע"מ** בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.

פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ ע"פ תנאי הפוליסה/ות / התכנית/ות ותוספותיה/ן.

חתימת בעל/י החשבון ★	תאריך
----------------------	-------

אישור הבנק לכבוד **מגדל חברה לביטוח בע"מ** ת.ד. 61202 ת"א 61202

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 בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת: כל עוד לא תהיה מניעה חוקית ו/או אחרת לביצועו, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבוייתכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידיכם.

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה	קוד מוסד	מספר פוליסה / תכנית
		סניף בנק	00602	
תאריך	בנק וסניף	חתימה וחותמת הסניף ★		

תשלום בכרטיס אשראי בהוראת קבע

(לא ניתן לשלם באמצעות כרטיס אשראי החזרי הלואה)

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	סוג הכרטיס	מספר הכרטיס	בעל כרטיס אשראי:
					בתוקף עד

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסות ביטוח חיים / בריאות / פנסיה, טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה ל**מגדל חברה לביטוח בע"מ** להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי. הנני מסכים כי הסדר זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום לפני מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונוק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר.

ידוע לי כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח.

חתימת בעל/י החשבון ★	תאריך
----------------------	-------



0111200505050312

עמוד מספר **5** מתוך 5 דפים

קוד מסמך 112