



שם המפקח	מספר הסוכן	שם הסוכן
	44937	

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

243 טופס מספר **הצעה לביטוח מחלות קשות וריסק**
השימוש בטופס זה הינו לזמן מוגבל בלבד, כפי שיקבע ע"י החברה

ב. מוטבים - במקרה פטירה			א. פרטי המבוטחים בפוליסה						
בן / בת זוג	בעל הפוליסה / ראשי	המוטבים בחלקים שונים	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	מבטוח	ראשי / בעל הפוליסה	
		שם מלא						בן/בת זוג	
		מס' זהות						ילד 1	
		קרבה						2	
		שם מלא						3	
		מס' זהות						4	
		קרבה							
דואר אלקטרוני			מספר טלפון	מיקוד	ישוב	כתובת מגורים (רחוב) ומס'	כתובת המועמד / הראשי / בעל הפוליסה		

ד. מועד התחלת הביטוח			ג. תכניות הביטוח המבוקשות - יש לציין את סכום הביטוח המבוקש			
שנה	חודש	יום	במקרה של החלפת פוליסת מזור 24:	אור 1 - גיל סיום 70	מזור 31	התכנית
2013			אני מבקש לבטל פוליסה/נות מספר:	עד סכום של 1,500,000 ש"ח	עד סכום ביטוח של 250,000 ש"ח	מבטוח
לתשומת ליבך, תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה.				ש"ח	ש"ח	ראשי / בעל הפוליסה
מועד התחלת הביטוח המבוקש יכול להיות מועד מילוי ההצעה או ה-1 לחודש העוקב בלבד.				ש"ח	ש"ח	בן/בת זוג
				ש"ח	ש"ח	ילדים

ה. הצהרת בריאות																							
שם ילד 1				שם ילד 2				שם ילד 3				שם ילד 4											
לא				כן				לא				כן											
אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים) ולצרף מסמכים רפואיים												ראשי / בעל הפוליסה		בן/בת זוג		לא		כן		לא		כן	
1. האם אתה נמצא כעת או שהיית ב-3 החודשים האחרונים בטיפול רפואי לרבות טיפול תרופתי, או תחת השגחה רפואית או במהלך בירור רפואי או עברת ב-3 החודשים האחרונים בדיקות שאינן בדיקות שגרתיות?																							
2. האם אתה סובל או סבלת בעבר מ:																							
א. מחלות לב, מחלות דם [2] ו/או מחלות בכלי הדם [14], איספיקת כליות או מחלות כליה אחרות או מחלות בדרכי השתן [15], מחלות ריאה ודרכי הנשימה [1], מחלות כבד [6], צהבת, סוכרת [7], איידס?																							
ב. גידול שפיר או ממאיר (סרטן)?																							
ג. מחלות העצבים, מוח, אפילפסיה [4], פרקינסון, אלצהיימר, דמנציה, הפרעות בזיכרון, טרשת נפוצה, מום מולד, שיתוק, פיגור שכלי, תסמונת דאון, אוטיזם, זאבת, גושה, הפרעות נפשיות [13], מחלה ניוונית או עברת בעבר אירוע מוחי (TIA, CVA)?																							
3. האם במשך 5 השנים האחרונות נפצעת מתאונה [10] או אושפזת בבית חולים כתוצאה ממחלה או תאונה [3] או נטלת תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות [21]?																							
4. האם אתה מעשן או עישנת במהלך 3 השנים האחרונות?																							

ו. אופן התשלום והגבייה															
אופן התשלום: <input type="checkbox"/> חודשי															
אופן הגבייה: <input type="checkbox"/> למבטוח מגדל בלבד: אבקש לגבות את הפרמיה על פי אמצעי התשלום בפוליסה מס' _____ ובתנאי שאני המשלם.															
<input type="checkbox"/> הוראת קבע - במקרה שאין תשלום בפוליסה קיימת בחברה, יש למלא טופס נפרד.															
<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי - (בחר את סוג הכרטיס המתאים): <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> לאומי קארד															
מספר כרטיס				תוקף כרטיס				שם בעל הכרטיס				מספר זהות בעל הכרטיס			
מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסות ביטוח חיים/בריאות. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה עליידי הרשאה למגדל חברה לביטוח בע"מ להעביר לחברת כרטיסי האשראי יחויבים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי. אני 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 שיופק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר. ידוע לי כי ביצוע הסדר תשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח.															
אם המשלם אינו מועמד לביטוח יש לפרט את מהות הקשר בינו לבין המועמד/ים לביטוח: _____															
תאריך: _____ חתימת בעל/י החשבון: _____															

ז. הצהרות המבוטחים											
3. ידוע לי כי הנספח המבוקש יכנס לתוקף, בכפוף לאישור המבטוח בכתב לאחר הליך חיתום, החל מיום התחלת הביטוח הנקוב בדף פרטי הביטוח.											
4. החלפה/שינוי פוליסה: האם יש בידך פוליסות בריאות בתוקף? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא.											
אם התשובה היא "כן", חלק מרכישת פוליסה זו, האם פוליסה/ות לביטוח בריאות לרבות נספחים שברשותך:											
א. עשויות להתבטל או יבטלו באופן חלקי או מלא, יסולקו באופן חלקי או מלא, יסתיימו בכל דרך אחרת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא											
ב. חלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, בסכומי הביטוח או בפרמיה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא											
תשובה חיובית לסעיף א' ו/או ב' מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסת ביטוח חדשה.											
תאריך: _____ חתימת מבוטח / ראשי / בעל הפוליסה: _____				תאריך: _____ חתימת בעל/י החשבון: _____				תאריך: _____ חתימת בן/בת זוג: _____			