



| המועד המבוקש להתחלת הביטוח * |   |  |  |  |
|------------------------------|---|--|--|--|
| 0                            | 1 |  |  |  |

\* 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.

|                         |                  |
|-------------------------|------------------|
| שם בעל הרישיון הפנסיוני | מספר בעל הרישיון |
| 47818                   |                  |
| שם המפקח                | מספר פוליסה      |
|                         |                  |

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

## הצעה לביטוח למקרה פטירה - אור ריזיקו מתחדש

מיועד לרכישת ביטוח למקרה פטירה לסכומי ביטוח בתכנית אור 1 שלא יעלה על 1,500,000 ש"ח או בתכנית מגדל הכנסה למשפחה בסכום שלא יעלה על 2,000,000 ש"ח  
טופס מספר **217**

| א. פרטי המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה |  |   |  |   |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|--|--|--|
| מספר זהות                                |  | שם משפחה  |  | שם פרטי   |  | תאריך לידה   |  | מין  |  |
|  |  |   |  |   |  |  |  | <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה |  |
| כתובת מגורים (רחוב)                      |  | מס' בית   |  | מס' דירה  |  | יישוב  |  | מיקוד  |  |
|  |  |   |  |   |  |  |  |  |  |
| דואר אלקטרוני                            |  | מקצוע   |  | עיסוק   |  | גובה (ס"מ)   |  | משקל (ק"ג)   |  |
|  |  |   |  |   |  |  |  |  |  |
| הרגלי עישון:                             |  | <input type="checkbox"/> אינני מעשן ולא עישנתי בעבר <input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (שנה / חודש) _____ |  | <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (ש / ח) _____ ועד (ש / ח) _____ |  | <input type="checkbox"/> עיסוקים/תחביבים/אורח חיים עם סיכון מיוחד (פרט וצרף שאלון מיוחד) |  |  |  |
|  |  |   |  |   |  |  |  |  |  |

| ב. תוכנית הביטוח  |  |
|---|--|
| שם התוכנית  | סכום הביטוח (ש"ח) סכומי הביטוח צמודים למדד |
| <input type="checkbox"/> אור 1 ריזיקו מתחדש - ביטוח למקרה מוות לגיל*: <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 70 |  |
| <input type="checkbox"/> ביטוח נוסף למקרה מוות מתאונה - נספח לגיל 65  |  |
| <input type="checkbox"/> ביטוח נוסף למקרה נכות מתאונה - נספח לגיל 65  |  |

\* אם לא יסומן גיל תום תקופת הביטוח המבוקש, ברירת המחדל תהיה לגיל 67 (הגיל - כהגדרתו בתנאי הפוליסה).

| ג. מגדל הכנסה למשפחה  |                         |                   |                  |                    |             |
|---|-------------------------|-------------------|------------------|--------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> 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.

| ד. אופן התשלום |  |
|----------------|--|
| אופן גבייה     | <input type="checkbox"/> חודשי (באמצעות הוראת קבע או כרטיס אשראי בלבד)   |
| אמצעי גבייה    | <input type="checkbox"/> הוראות קבע - יש למלא הוראה בטופס נפרד (מצורף) <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי - יש למלא הוראה בטופס נפרד (מצורף) |
|                | <input type="checkbox"/> למבוטח מגדל בלבד: אבקש לגבות את הפרמיה על פי אמצעי תשלום בפוליסה מס' _____ ובתנאי ואני המשלם.                         |

סמן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)

| ה. הצהרת בריאות   |   |                             |    |  |
|---|---|-----------------------------|----|--|
| הצהרות  | השאלה / המחלה   | כן                          | לא |  |
| <p>6. אני הח"מ מצהיר ומאשר (א) כל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. (ב) אם אדרש לכך על-ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בדיקה רפואית על-ידי רופא החברה והתשובות שתימסרנה על-ידי לרופא החברה תחשבה כחלק בלתי נפרד מהצהרותיי. (ג) <b>קבלה לביטוח</b>: ידוע לי כי הסכמת החברה לקבל את המועמד 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 סימוך תודיע לי אם קבלתם או לא קבלתם את ההצעה. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.</p> <p>7. <b>יתור על סודיות רפואית</b>: אני הח"מ נתן 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, ללשכת הבריאות המחוזית, למסור ל"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 שחליתי בה בעבר ו/או שהני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, וכן כל מצא 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 מחלותי כאמור, ולא תהינה 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 ביורור הזכויות והחובות המוקנות על-פי תכניות הביטוח. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזובני 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.</p> | <p>1. האם הנך סובל או סבלת בעבר מאחת מהמחלות הבאות:<br/>א. לב (2), כלי דם, יתר לחץ דם, מחלות דם (14).<br/>ב. סכרת (7).<br/>ג. דרכי נשימה (1).<br/>ד. סרטן, מחלות ממאירות, גידולים.<br/>ה. מעיים, כבד (6).</p> <p>2. האם הינך נשא או חולה במחלת האיידס (תסמונת הכשל החיסוני)?</p> <p>3. האם נקבעו לך על ידי המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון או גורם אחר כלשהו שעור נכות והאם הוגשה מטעמך בקשה אשר הדיון בה לקביעת דרגת נכות כאמור טרם הסתיים?</p> <p>4. האם אושפזת בבית חולים כתוצאה ממחלה או מתאונה במשך 5 השנים האחרונות?</p> <p>5. האם הנך סובל או סבלת בעבר מאחת מהמחלות הבאות:<br/>א. מחלת עציבים (4) או הפרעות נפשיות (13)<br/>ב. מחלות עיניים או הפרעות הראייה (11) - לציין משקפיים רק כאשר העדשות/ות יותר ממספר 8</p> |                             |    |  |
|   |   | <p>חתימה על סעיפים 1-7:</p> |    |  |
|   |   | <p>חתימת המבוטח *</p>       |    |  |
|   |   | <p>תאריך</p>                |    |  |



## ו. מוטבים - בחיי המבוטח בתום תקופת הביטוח - המבוטח. במקרה פטירה:

| מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | קרבה למבוטח | החלק היחסי בתגמולי הביטוח באחוזים |
|-----------|----------|---------|-------------|-----------------------------------|
|           |          |         |             |                                   |
|           |          |         |             |                                   |
|           |          |         |             |                                   |

## ז. הצהרות המבוטח

**הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה ובהצהרת בריאות:** המועמד לבעלות על הפוליסה מאשר בהתייחס לתשובות ולמידע שנתן בחתימתו במסגרת הצעה זו והמועמד לביטוח מאשר כי כל התשובות וכל המידע שמסר בחתימתו במסגרת הצעה זו ו/או במסגרת הצהרת הבריאות, הינם נכונים ומלאים. ידוע לנו, כי התשובות ומידע זה ישמשו בסיס לחוזה הביטוח המבוקש ויהוו חלק בלתי נפרד הימנו וכן לצורך הוצאת פוליסות, גביית תשלומים בגין, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות.

**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 ובהסכמתי; (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 גמל ו/או מוצרים/שירותים אחרים שרכשתי ממגדל, למתן שירותים במסגרת הפוליסה ו/או המוצרים הפיננסיים, דיוור ישיר, 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 אודותיי גם לסוכן הביטוח/ יועץ פנסיוני/ משווק פנסיוני המטפל בפוליסה מטעמי; (4) אם החברה תארגן פעילויותיה במסגרת תאגיד אחר או תתמזג 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 חיג אוטומטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר או אמצעי תקשורת אחר. אם לא אהיה מעוניין במידע או בפנייה כאמור מצד החברה, אוכל להודיע על כך לחברה בכל עת.

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

**העברת מידע בקווי תקשורת:** אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התכנית ו/או אודותיי 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.

**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 כהגדרתה להלן, אודות תוכניות ביטוח ו/או תוכניות 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.

**הצהרה בדבר מרכיבי התכנית והתאמתם למבוטח:** החברה מסרה לי כי תוכניות הביטוח המשוקקות על ידי מעת לעת, לרבות זו שנרכשה על ידי, מפורסמות באתר האינטרנט של החברה. מרכיבי התוכנית הנרכשת 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.

חתימת המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה ★

תאריך

## ח. הצהרת הסוכן

הריני מצהיר בזאת כי שאלתי את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות למעלה וקיבלתי ממנו את כל הפרטים/המסמכים שפורטו וצורפו לטופס זה וכי המסמך נחתם לפניי.

חתימת הסוכן ★

תאריך

## תשלום כרטיס אשראי בהוראת קבע

(לא ניתן לשלם באמצעות כרטיס אשראי החזרי הלוואה)

| בעל כרטיס אשראי: |             | אני מר/גברת: |         |          |
|------------------|-------------|--------------|---------|----------|
| בתוקף עד         | מספר הכרטיס | סוג הכרטיס   | שם פרטי | שם משפחה |
|                  |             |              |         |          |

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 למגדל חברה לביטוח בע"מ להעביר לחברת כרטיסי האשראי חובים 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 שיונק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה ישא 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

