

תאריך מבוקש להתחלת הביטוח			
שנה	חודש	יום	מועד התחלת הביטוח המבוקש יכול להיות מועד מילוי ההצעה או ה- 1 לחודש העוקב בלבד.
לתשומת ליבך, תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה. הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת תקופת הביטוח.			

מספר הסכם	מספר הסוכן	מספר פוליסה
שם הסוכן		שם המפקח

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

הצעה לביטוח בריאות - למשפחות מרובות ילדים

טופס מספר **228**

יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות.

א. פרטי המועמדים לביטוח				
השאלה	מועמד ראשי		בן/בת זוג	
	כן	לא	כן	לא
האם המועמד לביטוח הוא אזרחי ישראל?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
האם בתקופה של 12 החודשים שקדמו לתאריך הצעה זו, המועמד לביטוח התגורר בישראל לפחות 180 ימים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

מבטוח	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	עיסוק
ראשי					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
בן/בת זוג					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
ילדים עד גיל 18	ילד 1				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
	2				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
	3				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
	4				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
	5				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
	6				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
	7				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
	8				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
פרטי נציג*					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	

כתובת	יישוב	רחוב (כתובת)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד	מספר טלפון
דואר אלקטרוני של הראשי		מס' טלפון נייד של הראשי		דואר אלקטרוני של בן/בת זוג		מס' טלפון נייד של בן/בת זוג	
כתובת מגורים של בן/בת הזוג		יישוב <td colspan="2">רחוב (כתובת) <td colspan="2">מס' בית </td></td>		רחוב (כתובת) <td colspan="2">מס' בית </td>		מס' בית	
יש למלא רק אם שונה מהכתובת שצויינה לעיל.							

מבטוח	שם קופת חולים				מצב משפחתי			מוטבים - היורשים על פי הדין
	מכבי	כללית	מאוחדת	לאומית	ר	נ	א	
ראשי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	באפשרותך למנות מוטבים אחרים, באמצעות טופס מספר 568 - הוראה למינוי מוטבים, שעליך למלא ולשלוח למגדל.
בן/בת	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ילדים עד גיל 18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

אופן תשלום דמי הביטוח	
מועדי תשלום דמי הביטוח:	
<input type="checkbox"/> חודשי*	<input type="checkbox"/> רבע שנתי
<input type="checkbox"/> חצי שנתי	<input type="checkbox"/> שנתי
* באמצעות כרטיס אשראי או הוראת קבע עפ"י טופס 599.	

522110055 (מחזורת 12.2022)

פרטי מועמד ראשי	מספר זהות							שם משפחה	שם פרטי

ב. התכניות הביטוחיות המבוקשות (סמן X להוספת התכניות המבוקשות עבור כל המועמדים לביטוח. בהעדר סימון לא תרכש תכנית)

[1] הוצאות רפואיות			המועמד			[1] הוצאות רפואיות - המשך		המועמד		
סוג התכנית	שם התכנית	ראשי	בן/בת זוג	ילדים	סוג התכנית	שם התכנית	ראשי	בן/בת זוג	ילדים	
יסודי	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כתבי שירות	אבחון מהיר ושירותים בעת אשפוז	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	תרופות שלא בסל ובדיקות גנטיות למחלה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		קונסיליום	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
יסודי לניתוחים אצל נותני שירות שבהסכם עם החברה	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		רפואה משלימה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ייעוץ אונליין	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
נספח	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2] מחלות קשות - יסודי					
נספח	ייעוץ ובדיקות אבחנתיות - אמבולטורי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שם התכנית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ילדים	
נספחים לאמבולטורי בכפוף להצהרת בריאות	שיקום ואביזרים רפואיים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מזור מורחב	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סכום ביטוח בש"ח	
	הרחבה לאמבולטורי לילד	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מזור לסרטן	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ג. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול לחוד על מבטח (מבוגר) ועל בן/בת זוג - יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות.

מועמד ראשי	בן/בת זוג	סמן כן / לא - פרט אם יש צורך.	
		כן	לא
אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)			
אורח חיים			
		גובה בס"מ _____	
		משקל בק"ג _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
א. האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק לרבות סיגריות אלקטרוניות (מכשיר אידוי אלקטרוני)) אם כן ציין מס' סיגריות / פעמים שמעשן ביום: ראשי _____, בן/בת זוג, _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ב. אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום? (22)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר? (22)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
רקע רפואי			
1 האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע או נמצא כעת במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית? (21)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת או עברת ניתוח ו/או יעצו לך לעבור ניתוח? (3)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 האם ב-5 השנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית לרבות בדיקת הדמיה ו/או בדיקה פולשנית ונמצא בה ממצא שהצריך ברור/מעקב רפואי או הנך נמצאת כיום במהלך של בדיקות רפואיות אלו שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית בגינך? אם כן, אנא פרט וצרף את תוצאות הבדיקות.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 האם נקבעה לך נכות ו/או הינך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות? (23)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 היסטוריה משפחתית: האם למיטב ידיעתך התגלו בקרב אחד מקרוביך (מדרגה ראשונה בלבד אם/אב/אח/אחות) אחת מהמחלות הבאות: מחלת לב, שבץ מוחי, סרטן (כגון: סרטן השד, סרטן מעי, סרטן שחלות, סוגי סרטן אחרים), סוכרת, כליות פוליציסטיט, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אלצהיימר, מחלת פרקינסון? (20)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
פירוט המחלות לפי מערכות - האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חייהם מומים/מחלות/הפרעות באחת או יותר מהמערכות הבאות?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 מערכת עצבים, המוח, ו/או הפרעות התפתחותיות: לרבות אפילפסיה (4), אירוע מוחי, גידול מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, רעד, פרקינסון, שיתוק, פוליו, בעיות בהתפתחות ו/או גדילה, ASPERGER, אוטיזם, קשב וריכוז, סחרחורות והתעלפויות. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 נפש: לרבות מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? (13) ו/או הפרעות אכילה.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני (24)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 מערכת ריאות ודרכי נשימה (1): לרבות אסטמה, ו/או ברוניטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרת, שחפת.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 מערכת הראיה (11): לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 8, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 מערכת אף אוזן גרון: לרבות פגיעה בשמיעה (12), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טינטון, סינוסיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 מערכת הלב/לחץ דם (2)(28), כלי דם (14): לרבות יתר לחץ דם, כאבים בחזה, התקף לב, אי ספיקת לב, מום מולד, הפרעות קצב, איוושה, פגיעה במסתמים, טרומבוזת, תסחיף ריאתי, מפרצת אאורטה, ורידים מורחבים, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים, ו/או עברת צנתור?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 בקע ומערכת העיכול (6)(29): לרבות בקע/שבר/הרניה מכל סוג שהוא, ריפלוקס (החזר וושטי), קרוהן, קוליטיס, רקטוצלה, הפטיטיס/צהבת, כבד מוגדל או שומני, שחמת (ציירוזיס), אבנים בדרכי המרה ו/או כיס מרה, דלקת בלבלב.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 מערכת כליות ודרכי שתן (15): לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטיט, מום בכליה או מום אחר, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, דליפת שתן, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית (16).			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

522110055 (מחזורת 12.2022)

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

ג. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול לחוד על מבוסח (מבוגר) ועל בן/בת זוג - יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות - המשך

מועמד ראשי	בן/בת זוג	סמן כן / לא - פרט אם יש צורך			
		כן	לא	כן	לא
אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)					
פירוט המחלות לפי מערכות - האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חייהם מומים/מחלות/הפרעות באחת או יותר מהמערכות הבאות?					
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מחלה מטבולית, הורמונאלית (אנדוקרינולוגיה): לרבות סוכרת(7), שומנים בדם (9), שיגדון (גאוס), גושה, FMF(18), בלוטת התריס/המגן (8), יתרת המגן/ התריס, יתרת המוח (פרולקטינימה/ פרולקטינימה), הפרעות גדילה, הזעת יתר.
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות: לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת הדם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון, איידס/ נשאות, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים (25)
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מערכת השלד, השרירים, מפרקים (19) מחלות מפרקים (17) בעיות ברכיים: לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/ רצועות, כאבי גב (5), בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן, פרטס, מחלת מפרקים ניוונית, דלקת מפרקים שגרונית, לופוס, פיברומיאליגיה, תסמונת התשישות הכרונית, סקלרודרמה.
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מערכת עור ומין: לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/ קונדילומה (26)
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מערכת הרבייה לכל המועמדים לביטוח (ילידים החל מגיל 12) (27): נשים: בעיות גניקולוגיות ו/או פרויון, הפלות חוזרות, הגדלה או הקטנה של השדיים, ניתוחים קיסריים בעבר ו/או נמצאת כיום בהריון. גברים: הגדלה של בלוטת הערמונית ו/או בעיות בפריון.
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם הינך מקבל ו/או קיבלת גמלת סיעוד מביטוח לאומי או מוסד אחר, ו/או הינך סובל מנפילות חוזרות, או מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות, להתרחץ, להתקלח, להתלבש, להתפשט, לקום, לשכב, לשלוט על סוגרים נידות או הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם בביצוע פעולות אלו. (למעט ילד - אם המוגבלות הינה טבעית לאור גילו). אנא פרט וצרך מסמכים.

הערות:

ד. ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, נותן רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, מרפאות בריאות הנפש, למוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לקרנות פנסיה, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, מנהל האוכלוסין ומשרד הפנים, למסור למגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתירש על ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותכם והקשורים למצבי הרפואי. אני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כאמור, ולא תהינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהוא כלפי כל המוסר מידע כאמור. כן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי תכניות הביטוח. השימוש במידע יעשה לצורך צירוף לביטוח ויישבו תביעות בלבד. 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.

תאריך	נציג מועמדים עד גיל 18 *	חתימת מועמד ראשי/ חתימת בן/בת זוג *
עד לחתימה	שם סוכן	מספר סוכן
	חתימת סוכן *	חתימת בן/בת הזוג *

ה. אישור תנאי קבלה מראש - אני מסכים ומאשר מראש:

- רכישת התכנית/ות המבוקשת/ות גם במקרה בו נדרש עקב הליך החיתום לשלם תוספת חיתומית על דמי הביטוח בגובה של עד 100% בגין _____
- בכיסוי לניתוחים ולטיפולים מחליפי ניתוח בארץ ו/או בחו"ל (אם נרכש) לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ו/או הנובע מ:
 - ניתוח קיסרי וסיבוכיו בקע טחורים פיסורה יתר פעילות בלוטת התריס קטרקט גלאוקומה קרטקנוס אבנים בכליות ודרכי השתן דליות ברגליים
- ידוע לי כי החברה תהיה רשאית לקבוע תנאי חיתום אחרים ו/או להתנות את קבלתי לתכנית/ות המבוקשת/ות בתוספת רפואית גבוהה יותר מהאמור לעיל ו/או בהחלטות אחרות ו/או נוספות לכיסוי הביטוחי בגין מצבי הבריאותי ובמקרה זה תשלח אלי הודעה בתום הליך החיתום. במקרה שלא ייחתם אישור זה ויקבעו תנאים מיוחדים לביטוח, בתום הליך החיתום ישלח טופס אישור תנאים לחתימה כתנאי להפקת הפוליסה

תאריך	מועמד ראשי / חתימת בן/בת הזוג *	חתימת מועמד ראשי / חתימת בן/בת הזוג *
-------	---------------------------------	---------------------------------------

522110055 (מחזורת 12.2022)

פרטי מועמד ראשי	מספר זהות								שם משפחה	שם פרטי

ו. הצהרת בריאות - לילדים - יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות.

שם פרטי	שם ילד 1	שם ילד 2	שם ילד 3	שם ילד 4	שם ילד 5	שם ילד 6	שם ילד 7	שם ילד 8	אורח חיים	
									לא	כן
<p>אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)</p>										
<p>גובה בס"מ / משקל בק"ג</p>										
<p>א. האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק, לרבות סיגריות אלקטרוניות (מכשיר אידיו אלקטרוני)) אם כן ציין מס' סיגריות / פעמים שמעשן ביום (לילדים החל מגיל 16)</p>										
<p>ב. אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות (לילדים החל מגיל 16)?</p>										
<p>האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום (לילדים החל מגיל 16)? (22)</p>										
<p>האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר (לילדים החל מגיל 16)? (22)</p>										
<p>רקע רפואי</p>										
<p>האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע או נמצא כעת במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית? (21)</p>										
<p>האם ב-5 שנים האחרונות אושפזת או עברת ניתוח ו/או יעצו לך לעבור ניתוח? (3)</p>										
<p>האם ב-5 השנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית לרבות בדיקת הדמיה ו/או בדיקה פולשנית ונמצא בה ממצא שהצריך ברור/מעקב רפואי או הנך נמצאת כיום במהלך של בדיקות רפואיות אלו שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית בגינך?</p>										
<p>האם נקבעה לך נכות ו/או הינך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות? (23)</p>										
<p>היסטוריה משפחתית: האם למיטב ידיעתך התגלו בקרב אחד מקרוביך (מדרגה ראשונה בלבד אם/אב/אח/אחות) אחת מהמחלות הבאות: מחלת לב, שבץ מוחי, סרטן (כגון: סרטן שד, סרטן המעי, סרטן שחלות, סוגי סרטן אחרים), סוכרת, כליות פוליציטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אלצהיימר, מחלת פרקינסון? (20)</p>										
<p>פירוט המחלות לפי מערכות - האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו</p>										
<p>במהלך חייהם מומים/מחלות/הפרעות באחת או יותר מהמערכות הבאות?</p>										
<p>1. מערכת עצבים, המוח, ו/או הפרעות התפתחותיות: לרבות אפילפסיה (4), אירוע מוחי, גידול מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, רעד, פרקינסון, שיתוק, פוליו, בעיות בהתפתחות ו/או גדילה, ASPERGER, אוטיזם, קשב וריכוז, סחרחורת והתעלפויות. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?</p>										
<p>2. נפש: לרבות מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? (13) ו/או הפרעות אכילה.</p>										
<p>3. מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני (24)</p>										
<p>4. מערכת ריאות ודרכי נשימה (1): לרבות אסטמה, ו/או ברוניטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיטיטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרת, שחפת.</p>										
<p>5. מערכת הראיה (11): לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 8, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקנוס.</p>										
<p>6. מערכת אף אוזן גרון: לרבות פגיעה בשמיעה (12), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טינטון, סינוסיטיס חוזרת, סטייט מחיצת האף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול.</p>										
<p>7. מערכת הלב/לחץ דם (28), כלי דם (14): לרבות יתר לחץ דם, כאבים בחזה, התקף לב, אי ספיקת לב, מום מולד, הפרעות קצב, איוושה, פגיעה במסתמים, טרומבוזת, תסחיף ריאתי, מפרצת אאורטה, ורידים מורחבים, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים, ו/או עברת צנתור?</p>										
<p>8. בקע ומערכת העיכול (6)(29): לרבות בקע/שבר/הרניה מכל סוג שהוא, ריפלוקס (החזר וושטי), קרוהן, קוליטיס, רקטוצלה, הפטיטיס/צהבת, כבד מוגדלת/שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בדרכי המרה ו/או כיס מרה, דלקת בלבלב.</p>										
<p>9. מערכת כליות ודרכי שתן (15): לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציטית, מום בכליה או מום אחר, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם / או חלבון בשתן, דליפת שתן, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית. (16)</p>										
<p>10. מחלה מטבולית, הורמונאלית (אנדוקרינולוגיה): לרבות סוכרת (7), שומנים בדם (9), שיגדון (גאוס), גושה, FMF (18), בלוטת התריס/המגן (8), יותרת המגן / התריס, יותרת המוח (פרולקטינומה / פרולקטינמה), הפרעות גדילה, הזעת יתר.</p>										
<p>11. מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות: לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת הדם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון, איידס/ נאשוא, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים (25)</p>										
<p>12. מערכת השלד, השרירים, מפרקים (19) מחלות מפרקים (17) בעיות ברכיים: לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים / רצועות, כאבי גב (5), בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן פרסט, מחלת מפרקים ניוונית, דלקת מפרקים גרונות, לופוס, פיבורמיאלגיה, תסמונת התשישות הכרונית, סקלרודרמה.</p>										

522110055 (מחזורת 12.2022)

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות							

1. הצהרת בריאות - לילדים - יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות.

שם ילד 1	שם ילד 2	שם ילד 3	שם ילד 4	שם ילד 5	שם ילד 6	שם ילד 7	שם ילד 8	שם פרטי							
								לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט [שמספרו רשום בסוגריים]															
פירוט המחלות לפי מערכות - האם אצל מיישהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חייהם מומים/מחלות/הפרעות באחת או יותר מהמערכות הבאות?															
מערכת עור ומין: לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/ קונדילומה (26)															
מערכת הרבייה לכל המועמדים לביטוח (ילדים החל מגיל 12) (27): נשים: בעיות גניקולוגיות ו/או פרווין, הפלות חוזרות, הגדלה או הקטנה של השדיים, ניתוחים קיסריים בעבר ו/או נמצאת כיום בהריון. גברים: הגדלה של בלוטת הערמונית ו/או בעיות בפריון.															
האם הינך מקבל ו/או קבלת גמלת סיעוד מביטוח לאומי או מוסד אחר, ו/או הינך סובל מנפילות חוזרות, או מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות להתרחץ, להתקלח, להתלבש, להתפשט, לקום, לשכב, לשלוט על סוגרים ניידות או הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם בביצוע פעולות אלו. (למעט ילד - אם המוגבלת הינה טבעית לאור גילו). אנא פרט וצרך מסמכים.															

הערות:

2. הצהרות והתחייבות המועמדים לביטוח (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי)

- אנו החתומים מטה מבקשים לבטח אותנו בהתאם לתנאי הביטוח שנבחרה/ו בהצעה זו לאחר שמצאנו אותה/ן מותאמת לצרכינו ובהסתמך על האמור בהצעה זו אנו מצהירים ומתחייבים כדלהלן:
- הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה:** ידוע לי, כי התשובות שמסרתי במסגרת הצעה זו נכונות ומלאות וישמשו בסיס לחוזה הביטוח המבוקש כחלק בלתי נפרד הימנו וכן לצורך הוצאת פוליסות, גביית תשלומים בגינן, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות.
- קבלה לביטוח:** 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 רלוונטי, בשים לב למדיניות החיתום של החברה, ורק עם סיומו תודיעו לי אם קבלתם או לא קבלתם את ההצעה. במסגרת הליך החיתום, אם אדרש לכך על-ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בדיקה רפואית על-ידי רופאי החברה והתשובות שתמסרנה על-ידי רופאי החברה תחשבה כחלק מהצעת. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
- ידוע לי כי החברה לא יכולה להתנות ביטול תכנית אחת באחרת, אלא במקרה של ביטול תכנית אחת תרופות ו/או תרופות. ביטול תכנית יסודית אחת עשויה לגרום להנחה שניתנה בתכנית/יות יסודיות/יות אחרת.**
- ידוע לי ואני מסכים ומאשר כי הכיסוי בתכנית הביטוח נקבע בהתאם לתנאי הפוליסה המלאים ויכול שהינו כפוף לתקופת אכשרה ו/או לסייג בשל מצב רפואי קודם כהגדרתו בתקנות הפיקוח על עסקי הביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) והוראות לעניין מצב רפואי קודם התשס"ד - 2004.**

5. **הליך הצטרפות:** ידוע לי כי במקום בו אפשר לצרף חלק מן המועמדים לביטוח ואילו המועמדים האחרים נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה, יתקבלו לביטוח אותם מועמדים שאפשר לקבלם. לגבי יתר המועמדים - מועמדותם לביטוח תבחן רק בתום הליך החיתום.
 אני מעוניין באפשרות פיצול זו.

- היותו של הנציג/מבוטח ראשי של המועמדים:** אני/ו מאשר/ים כי הנציג הינו שלוח שלי/נו לכל דבר ועניין בקשר עם הפוליסה, ובכלל זה בכל הנוגע להודעות ביטול הפוליסה. אם צוינה לעיל כתובת שונה של בן/בת הזוג, ישלחו מסמכי הדיווח (גילוי נאות, דף פרטי ביטוח ודו"ח שנתי) לבן/בת הזוג לכתובת זו. לקבלת מידע אודות מוצרי הביטוח בהר הביטוח באפשרותך לשנות או להוסיף שם בגיר לצורך זהויה באתר האינטרנט של החברה ובאזור האיש.
- לתכנית מסוג הוצאות רפואיות ומחלות קשות:** תקופת הביטוח הינה כנקוב בדף פרטי הביטוח. **חידוש הפוליסה ביום 1.6.2018 ובכל שנתיים לאחר מכן, ייעשה, בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, באותם תנאים או בתנאים שונים, ובפרמיה שתקבע ע"י החברה במועד החידוש.**

8. **למבקשים להצטרף לביטוח ניתוח משלים לשב"ן - סמן X ב-** **ידוע לי ואני מאשר ומצהיר כי:**

- הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, החברה (המבטח) תשלם את ההפרש בין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת על מנת להקבועה בפוליסה. הכיסוי ניתן לניתוחים אצל נותני שירות שבהסכם עם החברה.
- למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המועמד לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות לחברה למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
- דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (תוכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
- בסיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המועמד לפנות לחברה ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" בתוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים.

9. **איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי**
רשות שוק ההון ביטוח וחסכון ("הרשות") במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במוקד את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר לרשות 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 לידיעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במוקד באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

10. **הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות**
אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ולא חלה עליי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי כי המידע ישמר במאגרי המידע של החברה ושל גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תוכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע והמסמכים שמסרתי ואמסור יועברו לצדדים שלישיים, לרבות כאלה הנמצאים בחו"ל, לצורך המטרות הנ"ל, כגון: לטכני ביטוח/בעלי רישיון, מבטחי משנה, מעסיקים, גורמים מתפעלים, ספקים, קבלני משנה ושותפים עסקיים (לרבות לגופים אחרים במקרה של שינוי במבנה תאגידי או מכירת עסקי הקבוצה). מדיניות הגנת הפרטיות של קבוצת מגדל זמינה עבורך באתר האינטרנט של www.migdal.co.il או באפליקציה של החברה.

11. רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון מפרסמת השוואה של פרמיות הביטוח לכיסוי ניתוחים בישראל/השתלות/תרופות, בחברות הביטוח השונות בישראל וכן, מדד המשקף את רמת השירות שלהן. באפשרותך להיכנס למחשבון להשוואת ביטוחי בריאות ולמדד שירות חברות הביטוח באתר של רשות שוק ההון ביטוח וחסכון בכתובת: www.mof.gov.il

522110055 (מחזורת 12.2022)

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

ז. הצהרות והתחייבות המועמדים לביטוח (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי) - המשך

12. נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, הפרמיה ותקופת הביטוח וכן נמסרו לי תוצאות הליך התאמת הצרכים ובכלל זה ההבדלים בין הפוליסות שהוצעו לי לרבות פרמיות הביטוח, תנאי הפוליסה, שירות שיינתן לי בחברה או כל סיבה אחרת שבשלה הומלץ לי להצטרף דווקא לפוליסה זו.

13. פוליסה/ות קיימת/ות בביטוח רלוונטי:

ראשי	בן/בת זוג		ילדים	
	כן	לא	כן	לא
כן	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כן	<input type="checkbox"/>
לא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	לא	<input type="checkbox"/>

א. האם יש בידך פוליסה קיימת בביטוח רלוונטי לתוכנית/ות המבוקשת/ות? אם התשובה לשאלה א' היא "כן"

ב. האם בכוננתך לבטל או להקטין את היקף הכיסוי בפוליסה/ות הקיימת/ות? אם התשובה לשאלה ב' היא "כן"

ג. אני מעוניין שבקשת הביטול תשלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת:

על ידי

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: _____

ד. אני מאשר שנמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה ובכלל זה שיפור בתנאי הכיסוי או השירות שניתנו לי בפוליסה המומלצת או כל סיבה אחרת שבשלה הומלץ לי לעבור פוליסה.

14. ביטול תקופת אכשרה בעת ביטול פוליסת בריאות בחברה אחרת ורכישת פוליסת בריאות במגדל חברה לביטוח בע"מ:

א. ביטול תקופת אכשרה יחול אך ורק על הכיסויים החופפים שבין הפוליסה הקודמת המתבטלת לבין הפוליסה החדשה, למעט בכל מקרה ביטוח הקשור להיריון ולידה בגינו תחול תקופת אכשרה מקוצרת של 6 חודשים.

ב. לא תבוטל תקופת אכשרה בנספח אמבולטורי ו/או בכתבי שירות אם נרכשו ע"י המבוטח במגדל, במקרה של רכישת תוכנית תרופות שלא בסל, או השתלות, ללא תוכניות ביטוח יסודיות נוספות או מחלות קשות (מזור לסרטן ו/או מזור מורחב) בסכום ביטוח שאינו עולה על 100,000 ש"ח

ג. בעת הגשת תביעה לתגמולי ביטוח אדרש להציג מסמכים בדבר הפוליסה שבוטלה (דף פרטי ביטוח ופירוט תשלומים) וכי אם לא אעשה כן, תחול עליי תקופת אכשרה מלאה.

ד. למען הסר ספק, יובהר כי תקופת האכשרה הקבועה כמפורט בתנאי הפוליסה תחול עבור כיסויים וסכומי ביטוח שאינם חופפים ו/או לא היו קיימים בין הפוליסה המבוטלת לבין הפוליסה החדשה במגדל חברה לביטוח בע"מ וכן אין שינוי בתנאי/חריגי הפוליסה כולל חריג מצב רפואי קיים.

	חתימת מועמד ראשי/ נציג מועמדים עד גיל 18	
חתימת בן/ בת זוג ★	חתימת מועמד ראשי/ נציג מועמדים עד גיל 18	תאריך

ח. אישור המועמדים להצטרפות לתכנית נוספת המעניקה פיצוי למקרה ביטוח דומה

הצהרה זו רלוונטית לתכניות מסוג: מחלות קשות.

הנני מבקש להצטרף לתכנית המבוקשת על אף שיש בידי פוליסה קיימת במגדל או בחברת ביטוח אחרת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה וכי ידוע לי

כי יגבו ממני דמי ביטוח (פרמיות) עבור שתי הפוליסות.

אישור זה יחול גם במקרה של הגדלת סכום ביטוח ו/או רכישת כיסויים נוספים בפוליסה קיימת בחברה.

	חתימת מועמד ראשי/ נציג מועמדים עד גיל 18 ★	
חתימת בן/ בת זוג ★	חתימת מועמד ראשי/ נציג מועמדים עד גיל 18 ★	תאריך

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

ט. הסכמה לפניית שיווקיות

אני מסכים / אני לא מסכים כי המידע יישמש את מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לצורך שיווק ודיור ישיר אודות כיסויים ביטוחיים ומוצרים ו/או שירותים פנסיוניים, פיננסיים ואחרים ולפנייה בהצעה לרכישתם, וזאת בין היתר באמצעות פקסימיליה, הודעה אלקטרונית (דוא"ל), הודעת מסר קצר (SMS), מערכת חיג 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. טלפון 03-9201010, דואר אלקטרוני mokedbi@migdal.co.il

	חתימת מועמד ראשי/ נציג מועמדים עד גיל 18 ★	
חתימת בן/ בת זוג ★	חתימת מועמד ראשי/ נציג מועמדים עד גיל 18 ★	תאריך

522110055 (מחזור 12.2022)



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

י. הצהרות הסוכן- אני מאשר כי:

- אני מאשר כי במסגרת הליך מכירת המוצר/ים המפורט/ים בטופס זה, מילאתי אחר כל הוראות הממונה על פי חוזר צירוף לביטוח, ובכלל זה:
- שאלתי את החותמים הנ"ל את כל השאלות בטופס הצעה זה, התשובות הן כפי שנמסרו לי על-ידם ולאחר שהצגתי בפניהם את טופס גילוי נאות הם חתמו לעיל.
 - ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח והצעתי את התכנית/ות המבוקשת/ות התואמת/ות את צרכי/הם, לאחר שבחנתי את רשימת מוצרי הביטוח הקיימים של המועמד לביטוח המונפקת באמצעות אתר הר הביטוח (לכל הפחות). במקרה של הצעה לרכישת תכנית המעניקה פיצוי, בדקתי כי לא קיימת למבוטח פוליסה עבור מקרה ביטוח דומה, שלא בוטלה, או שקיימת פוליסה שכזו, והמבוטח אישר כמפורט בסעיף ח' לעיל את הצטרפותו לתכנית המבוקשת.
 - הריני מצהיר כי הצגתי ומסרתי למועמד לביטוח את תוצאות הליך ההתאמה ובכלל זה את ההבדלים בין הפוליסות שהוצעו לו לרבות פרמיית הביטוח, תנאי הפוליסה והשירות שיינתן למבוטח בחברה אליה מבקש להצטרף או כל סיבה אחרת שבשלה המלצתי למועמד לביטוח להצטרף לתוכנית/יות המבוקשת/ות. במקרה של החלפת פוליסה קיימת, הצגתי למועמד גם את שיפור תנאי הכיסוי או השירות או כל סיבה אחרת שבשלה המלצתי למבוטח לעבור פוליסה.
 - הריני מצהיר כי יידעתי את המועמד לביטוח לגבי חברות שדמי העמילות שאני מקבל מהן בשנה הקלנדרית האחרונה עולים על 40% מסך כל דמי העמילות שאני מקבל עבור כלל המוצרים מאותו ענף ביטוח וכי אני משווק בעיקר את החברות האמורות. כמו כן, ציינתי בפני המועמד לביטוח את מספר כל החברות המשווקות את מוצר הביטוח שהוצע לו.
 - הצהרות סוכן בשיווק יזום שלא נעשה במהלך פגישה פיזית, למועמד לביטוח שהוא אזרח ותיק (גיל 67 ומעלה) הנני מצהיר כי:
 - עברתי במהלך השנה הקלנדרית הכשרה למתן שירות לאזרח ותיק כנדרש בחוזר צירוף לביטוח.
 - בצעתי את הליך השיווק בשני שלבים. בשלב הראשון, הצגתי למועמד לביטוח את עיקרי הכיסוי הביטוחי של המוצר/ים ששווקו לו כמו כן, הצעתי למועמד לביטוח להתייעץ עם קרוב משפחה או אדם אחר בקשר לרכישת הביטוח המוצע.
 - בשלב השני, המשך וסיום הליך השיווק בוצע על ידי לאחר 2 ימים לפחות ממועד מסירת ההצעה.
 - הריני מצהיר כי תיעדתי את הליך ההתאמה ותוצאותיו.

	חתימת הסוכן *		חותמת הסוכנות *		תאריך
--	---------------	--	-----------------	--	-------



טופס הוראת תשלום דמי הביטוח

טופס מספר 599

יש לבחור באחד מאמצעי הגבייה שלהלן:

תשלום בכרטיס אשראי

כרטיס אשראי - (בחר את סוג הכרטיס המתאים): ויזה ישראלכרט דינרס אמריקן אקספרס לאומי קרד

מספר הכרטיס	שם בעל הכרטיס	תוקף 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 על ידי הרשאה למגדל חברה לביטוח בע"מ להעביר לחברת כרטיסי האשראי חובים 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. יודע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר.

יודע לי כי ביצוע הסדר התשלום 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
 הורים אחות סבא/סבתא בני זוג אחר (טופס זיקה) תאריך: _____

חתימת בעלי החשבון * _____

* אם סומן "אחר" יש לצרף טופס זיקה מס' 58.

תשלום בהוראת קבע

שם הבנק	מספר סניף	מספר בנק	יישוב	כתובת הסניף (רחוב)	מספר בית	ת"ד	מיקוד
מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מוסד	מספר פוליסה / תכנית				
		00602					

הרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות:
 תקרת סכום החיוב ש"ח _____ מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום _____
 (אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח הם יוחזרו ע"י הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך)

לתשומת לבכם - אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות

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

מספר זהות / ח"פ	שם משפחה / שם חברה	שם פרטי	יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מספר בית	ת"ד	מיקוד

1. נתונים לכם בזה הוראה להקים בחשבוני/נו הנ"ל הרשאה לחיוב חשבוני/נו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוטב לרבות חיובי הוצאות עקב אי כיבוד הוראת קבע בגין הפוליסות הנ"ל, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
2. כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:
 - א. עלי/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.
 - ב. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול ע"י הוראת כל דין.
 - ג. היה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידי/נו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
 - ד. אהיה/נהיה רשאי/ם לדרוש מהבנק בהודעה בכתב לבטל חיוב אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
3. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שביני/נו לבין המוטב.
4. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שביני/נו לבין הבנק.
6. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
7. אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

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

תאריך: _____ חתימת בעלי החשבון * _____

אישור הבנק לכבוד מגדל חברה לביטוח בע"מ ת.ד. 3063 פ"ת מיקוד 4951106

קיבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברישומות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נום 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 או אחרת לביצוען. כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב ע"י בעלי החשבון או כל עוד לא הוצא/ בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

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

תאריך: _____ חתימה וחותמת הסניף * _____

מק"ט 522110055 (מהדורה 10.2021)



011125990101011021

עמוד 8 מתוך 8

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 112

מגדל בריאות

1434



מספר הסכם	מספר הסוכן	מספר פוליסה
שם הסוכן		שם המפקח

תאריך מבוקש להתחלת הביטוח			
שנה	חודש	יום	מועד התחלת הביטוח המבוקש יכול להיות מועד מילוי ההצעה או ה-1 לחודש העוקב בלבד.
לתשומת ליבך, תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה. הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת תקופת הביטוח.			

הצעה לביטוח בריאות - למשפחות מרובות ילדים

טופס מספר **228**

יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות.

א. פרטי המועמדים לביטוח										
השאלה	מועמד ראשי		בן/בת זוג		מספר זהות					מבטוח
	כן	לא	כן	לא	1	2	3	4	5	6
האם המועמד לביטוח הוא אזרח ישראלי?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
האם בתקופה של 12 החודשים שקדמו לתאריך הצעה זו, המועמד לביטוח התגורר בישראל לפחות 180 ימים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
מס' טלפון נייד של בן/בת זוג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
מס' דואר אלקטרוני של הראשי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
מס' דואר אלקטרוני של בן/בת הזוג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
מס' דירה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
מס' בית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
מס' רחוב	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
מס' ת"ד	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
מס' מיקוד	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

מוטבים - היורשים על פי הדין	שבי"ן (ביטוח משלים) מסוג	שם קופת חולים				מצב משפחתי	מבטוח
		מכבי	כללית	מאוחדת	לאומית		
באפשרותך למנות מוטבים אחרים, באמצעות טופס מספר 568 - הוראה למינוי מוטבים, שעליך למלא ולשלוח למגדל.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>	ראשי
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>	בן/בת זוג
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ילדים עד גיל 18

אופן תשלום דמי הביטוח

מועדי תשלום דמי הביטוח:

חודשי* רבע שנתי חצי שנתי שנתי

* באמצעות כרטיס אשראי או הוראת קבע עפ"י טופס 599.





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

ב. התכניות הביטוחיות המבוקשות (סמן X להוספת התכניות המבוקשות עבור כל המועמדים לביטוח. בהעדר סימון לא תרכש תכנית)

[1] הוצאות רפואיות		המועמד			[1] הוצאות רפואיות - המשך			המועמד	
סוג התכנית	שם התכנית	ראשי	בן/בת זוג	ילדים	סוג התכנית	שם התכנית	ראשי	בן/בת זוג	ילדים
יסודי	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כתבי שירות	אבחון מהיר ושירותים בעת אשפוז	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	תרופות שלא בסל ובדיקות גנטיות למחלה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		קונסיליום	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
יסודי	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		רפואה משלימה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ייעוץ אונליין	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
נספח	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2] מחלות קשות - יסודי				
נספח	ייעוץ ובדיקות אבחנתיות - אמבולטורי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שם התכנית	ראשי	בן/בת זוג	ילדים	סכום ביטוח בש"ח
נספחים לאמבולטורי בכפוף להצהרת בריאות	שיקום ואבזרים רפואיים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		מזור מורחב			
		הרחבה לאמבולטורי לילד	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מזור לסרטן			

ג. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול לחוד על מבוסח (מבוגר) ועל בן/בת זוג - יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות.

מועמד ראשי	בן/בת זוג	סמן כן / לא - פרט אם יש צורך.	
		כן	לא
אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)			
אורח חיים			
		גובה בס"מ	
		משקל בק"ג	
		א. האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק, לרבות סיגריות אלקטרוניות (מכשיר אידיו אלקטרוני) אם כן ציין מס' סיגריות / פעמים שמעשן ביום: ראשי _____, בן/בת זוג _____)	
		ב. אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות? _____	
		2 האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום? (22)	
		3 האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר? (22)	
		רקע רפואי	
		1 האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע או נמצא כעת במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית? (21)	
		2 האם ב-5 השנים האחרונות אושפדת או עברת ניתוח ו/או יעצו לך לעבור ניתוח? (3)	
		3 האם ב-5 השנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית לרבות בדיקת הדמיה ו/או הבדיקה פולשנית ונמצא בה ממצא שהצריך ברוח/מעקב רפואי או הנך נמצאת/כיום במהלך של בדיקות רפואיות אלו שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית בגינך? אם כן, אנא פרט וצרך את תוצאות הבדיקות.	
		4 האם נקבעה לך נכות ו/או הינך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות? (23)	
		5 היסטוריה משפחתית: האם למיטב ידיעתך התגלו בקרב אחד מקרוביך (מדרגה ראשונה בלבד אם/אב/אחות) אחת מהמחלות הבאות: מחלת לב, שבץ מוחי, סרטן (כגון: סרטן שד, סרטן המעי, סרטן שחלות, אחר), סוכרת, כליות פוליציטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אלצהיימר, מחלת פרקינסון? (20)	
		פירוט המחלות לפי מערכות - האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חייהם מומים/מחלות/הפרעות באחת או יותר מהמערכות הבאות?	
		1 מערכת עצבים, המוח, ו/או הפרעות התפתחותיות: לרבות אפילפסיה (4), אירוע מוחי, גידול מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, רעד, פרקינסון, שיתוק, פוליו, בעיות בהתפתחות ו/או גדילה, ASPERGER, אוטיזם, קשב וריכוז, סחרחורת והתעלפויות. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?	
		2 נפש: לרבות מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? (13) ו/או הפרעות אכילה.	
		3 מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני (24)	
		4 מערכת ריאות ודרכי נשימה (1): לרבות אסטמה, ו/או ברוניטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרת, שחפת.	
		5 מערכת הראיה (11): לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 8, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס.	
		6 מערכת אף אוזן גרון: לרבות פגיעה בשמיעה (12), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טיטנון, סינוסיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול.	
		7 מערכת הלב/לחץ דם (2) (28): כלי דם (14): לרבות יתר לחץ דם, כאבים בחזה, התקף לב, אי ספיקת לב, מום מולד, הפרעות קצב, איוושה, פגיעה במסתמים, טרומבוזת, תסחיף ריאתי, מפרצת אאורטה, ורידים מורחבים, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים, ו/או עברת צנתור?	
		8 בקע ומערכת העיכול (6) (29): לרבות בקע/שבר/הרניה מכל סוג שהוא, ריפלוקס (חוזר ונשני), קרוהן, קוליטיס, רקטוצולה, הפטיטיס/צהבת, כבד מוגדל או שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בדרכי המרה ו/או כיס מרה, דלקת בלבלב.	
		9 מערכת כליות ודרכי שתן (15): לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציטית, מום בכליה או מום אחר, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, דליפת שתן, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית (16).	





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

ג. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול לחוד על מבוסח (מבוגר) ועל בן/בת זוג - יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות - המשך

מועמד ראשי	בן/בת זוג	סמן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)		
		כן	לא	
כן	לא	פירוט המחלות לפי מערכות - האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חייהם מומים/מחלות/הפרעות באחת או יותר מהמערכות הבאות?		
		10		מחלה מטבולית, הורמונאלית (אנדוקרינולוגיה): לרבות סוכרת(7), שומנים בדם (9), שיגדון (גאוס), גושה, FMF (18), בלוטת התריס/המגן (8), יתרת המגן/ התריס, יתרת המוח (פרולקטינומה/ פרולקטינימה), הפרעות גדילה, הזעת יתר.
		11		מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות: לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת הדם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון, איידס/ נשאות, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים (25)
		12		מערכת השלד, השרירים, מפרקים (19) מחלות מפרקים (17) בעיות ברכיים: לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/ רצועות, כאבי גב (5), בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן, פרטס, מחלת מפרקים ניוונית, דלקת מפרקים שגרונת, לופוס, פיברומיאליגיה, תסמונת התשישות הכרונית, סקלרודרמה.
		13		מערכת עור ומין: לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/ קונדילומה (26)
		14		מערכת הרבייה לכל המועמדים לביטוח (27): נשים: בעיות גניקולוגיות ו/או פרויון, הפלות חוזרות, הגדלה או הקטנה של השדיים, ניתוחים קיסריים בעבר ו/או נמצאת כיום בהריון. גברים: הגדלה של בלוטת הערמונית ו/או בעיות בפריון.
		15		האם הינך מקבל ו/או קיבלת גמלת סיעוד מביטוח לאומי או מוסד אחר, ו/או הינך סובל מנפילות חוזרות, או מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות, להתרחץ, להתגלח, להתלבש, להתפשט, לקום, לשכב, לשלוט על סוגרים נידודת או הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם בביצוע פעולות אלו. (למעט ילד - אם המוגבלות הינה טבעית לאור גילו). אגא פרט וצורף מסמכים.

הערות:

ד. ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, נתן רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, מרפאות בריאות הנפש, למוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לקרנות הפנסיה, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, מנהל האוכלוסין ומשרד הפנים, למסור למגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתירש עלידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותכם והקשורים למצבי הרפואי. אני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כאמור, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהוא כלפי כל המוסר מידע כאמור. כן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי תכניות הביטוח. השימוש במידע יעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזובי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. בקשה זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמא - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל הגופים הנזכרים לעיל.

תאריך	נציג מועמדים עד גיל 18	חתימת מועמד ראשי/ חתימת	בן/בת זוג	חתימת
			★	★
שם סוכן	מספר סוכן	חתימת	סוכן	חתימת
			★	★

ה. אישור תנאי קבלה מראש - אני מסכים ומאשר מראש:

- רכישת התכנית/ות המבוקשת/ות גם במקרה בו נדרש עקב הליך החיתום לשלם תוספת חיתומית על דמי הביטוח בגובה של עד 100% בגין _____
- בכיסוי לניתוחים ולטיפולים מחליפי ניתוח בארץ ו/או בחו"ל (אם נרכש) לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ו/או הנובע מ:
 - ניתוח קיסרי וסיבוכיו בקע טחורים פיסורה יתר פעילות בלוטת התריס קטרקט גלאוקומה קרטקונוס אבנים בכליות ודרכי השתן דליות ברגליים
- ידוע לי כי החברה תהיה רשאית לקבוע תנאי חיתום אחרים ו/או להתנות את קבלתי לתכנית/ות המבוקשת/ות בתוספת רפואית גבוהה יותר מהאמור לעיל ו/או בהחלטות אחרות ו/או נוספות לכיסוי הביטוחי בגין מצבי הבריאותי ובמקרה זה תשלח אלי הודעה בתום הליך החיתום. במקרה שלא יחתם אישור זה ויקבעו תנאים מיוחדים לביטוח, בתום הליך החיתום ישלח טופס אישור תנאים לחתימה כתנאי להפקת הפוליסה

תאריך	נציג מועמדים עד גיל 18	חתימת מועמד ראשי/ חתימת	בן/בת זוג	חתימת
			★	★

מק"ט 522110055 (מהדורה 05.2021)





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

1. הצהרת בריאות - לילדים - יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות.

שם ילד 1	שם ילד 2		שם ילד 3		שם ילד 4		שם ילד 5		שם ילד 6		שם ילד 7		שם ילד 8		
	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
<p>סמן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)</p>															
אורח חיים															
גובה בס"מ } משקל בק"ג } לילדים מגיל 10 בלבד															
1															א. האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק, לרבות סיגריות אלקטרוניות (מכשיר אידוי אלקטרוני)) אם כן ציין מס' סיגריות / פעמים שמעשן ביום (לילדים החל מגיל 16)
															ב. אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות (לילדים החל מגיל 16)?
2															האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום (לילדים החל מגיל 16)? (22)
3															האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר (לילדים החל מגיל 16)? (22)
רקע רפואי															
1															האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע או נמצא כעת במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית? (21)
2															האם ב-5 שנים האחרונות אושפזת או עברת ניתוח ו/או יעצו לך לעבור ניתוח? (3)
3															האם ב-5 השנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית לרבות בדיקת הדמיה ו/או בדיקה פולשנית ונמצא בה ממצא שהצריך ברור/מעקב רפואי או הנך נמצאת כיום במהלך של בדיקות רפואיות אלו שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית בגינן?
4															האם נקבעה לך נכות ו/או הינך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות? (23)
5															היסטוריה משפחתית: האם למיטב ידיעתך התגלו בקרב אחד מקרוביך (מדרגה ראשונה בלבד אם/אב/אח/אחות) אחת מהמחלות הבאות: מחלת לב, שבץ מוחי, סרטן (כגון: סרטן שד, סרטן המעי, סרטן שחלות, אחר), סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אלצהיימר, מחלת פרקינסון? (20)
	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
פירוט המחלות לפי מערכות - האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חייהם מומים/מחלות/הפרעות באחת או יותר מהמערכות הבאות?															
1															מערכת עצבים, המוח, ו/או הפרעות התפתחויות: לרבות אפילפסיה (4), אירוע מוחי, גידול מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, רעד, פרקינסון, שיתוק, פוליו, בעיות בהתפתחות ו/או גדילה, ASPERGER, אוטיזם, קשב וריכוז, סחרחורת והתעלפויות. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?
2															נפש: לרבות מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? (13) ו/או הפרעות אכילה.
3															מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני (24)
4															מערכת ריאות ודרכי נשימה (1): לרבות אסטמה, ו/או ברוניטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת.
5															מערכת הראיה (11): לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 8, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס.
6															מערכת אף אוזן גרון: לרבות פגיעה בשמיעה (12), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טיטנון, סינוסיטיס חוזרת, סטייט מחיצת האף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול.
7															מערכת הלב/לחץ דם (2)(28), כלי דם (14): לרבות יתר לחץ דם, כאבים בחזה, התקף לב, אי ספיקת לב, מום מולד, הפרעות קצב, איוושה, פגיעה במסתמים, טרומבוזת, תסחיף ריאתי, מפרצת אאורטה, ורידים מורחבים, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים, ו/או עברת צנתור?
8															בקע ומערכת העיכול (6)(29): לרבות בקע/שבך/הרניה מכל סוג שהוא, ריפלוקס (החזר וושטי), קרוהן, קוליטיס, רקטוצלה, הפטיטיס/צהבת, כבד מוגדלאו שומני, שחמת(צירוזיס), אבנים בדרכי המרה ו/או כיס מרה, דלקת בלבב.
9															מערכת כליות ודרכי שתן (15): לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטי, מום בכליה או מום אחר, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, דליפת שתן, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית. (16)
10															מחלה מטבולית, הורמונאלית (אנדוקרינולוגיה): לרבות סוכרת (7), שומנים בדם (9), שידרון (גאוס), גושה, FMF (18), בלוטת התריס/המגן (8), יתרת המגן / התריס, יתרת המח (פרולקטינומה / פרולקטינימיה), הפרעות גדילה, הזעת יתר.
11															מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות: לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת הדם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון, איידס/נשאות, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים (25)
12															מערכת השלד, השרירים, מפרקים (19) מחלות מפרקים (17) בעיות ברכיים: לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים / רצועות, כאבי גב (5), בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן פרטס, מחלת מפרקים ניוונית, דלקת מפרקים שגרונת, לופוס, פיברומיאלגיה, תסמונת התשישות הכרונית, סקלרודרמה.

מק"ט 522110055 (מהדורה 05.2021)





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות						

1. הצהרת בריאות - לילדים - יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות(המשך)

שם ילד 1	שם ילד 2	שם ילד 3	שם ילד 4	שם ילד 5	שם ילד 6	שם ילד 7	שם ילד 8	סמן כן / לא - פרט אם יש צורך: אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)	
								כן	לא
								כן	לא
פירוט המחלות לפי מערכות - האם אצל משהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חייהם מומים/מחלות/הפרעות באחת או יותר מהמערכות הבאות?									
								כן	לא
מערכת עור ומין: לרבות פטוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה (26)									
								כן	לא
מערכת הרבייה לכל המועמדים לביטוח (ילדים החל מגיל 12) (27): נשים: בעיות גניקולוגיות ו/או פריון, הפלות חוזרות, הגדלה או הקטנה של השדיים, ניתוחים קיסריים בעבר ו/או נמצאת כיום בהריון. גברים: הגדלה של בלוטת הערמונית ו/או בעיות בפריון.									
								כן	לא
האם הינך מקבל ו/או קבלת גמלת סיעוד מביטוח לאומי או מוסד אחר, ו/או הינך סובל מנפילות חוזרות, או מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות להתרחץ, להתגלח, להתלבש, להתפשט, לקום, לשכב, לשלוט על סוגרים נידות או הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם בביצוע פעולות אלו. (למעט ילד - אם המוגבלות הינה טבעית לאור גילו). אנא פרט וצרף מסמכים.									

הערות:

2. הצהרות והתחייבות המועמדים לביטוח (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי)

אנו החתומים מטה מבקשים לבטח אותנו בהתאם לתנאי הביטוח שנבחרה/ו בהצעה זו לאחר שמצאנו אותה/ן מותאמות לצרכינו ובהסתמך על האמור בהצעה זו אנו מצהירים ומתחייבים כדלהלן:

- הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה: ידוע לי, כי התשובות שמסרתי במסגרת הצעה זו נכונות ומלאות וישמשו בסיס לחיזוי הביטוח המבוקש כחלק בלתי נפרד הימנו וכן לצורך הוצאת פוליסת, גביית תשלומים בגינן, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות. תשובה שאינה מלאה או כנה עלולה לגרום לביטול הפוליסה ו/או לתשלום תגמולי ביטוח מופחתים או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי הביטוח.
- קבלה לביטוח: 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 רלוונטי, בשים לב למדיניות החיתום של החברה, ורק עם סיומו תודיעו לי אם קבלתם או לא קבלתם את ההצעה. במסגרת הליך החיתום, אם אדרש לכך על-ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בדיקה רפואית על-ידי רופאי החברה והתשובות שתמסרנה על-ידי רופאי החברה תחשבה כחלק מהצעת. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
- ידוע לי כי החברה לא יכולה להתנות ביטול תכנית אחת באחרת, אלא במקרה של ביטול תכנית/יות נוספות המצורפות כנספח לתכנית יסודית שבוטלה או במקרה של ביטול כל התכניות היסודיות לרכש השתלות ו/או תרופות. ביטול תכנית יסודית אחת עשויה לגרום לביטול הנחה שניתנה בתכנית/יות יסודית/יות אחרת.
- ידוע לי ואני מסכים ומאשר כי הכיסוי בתכנית הביטוח נקבע בהתאם לתנאי הפוליסה המלאים ויכול שהינו כפוף לתקופת אכשרה ו/או לסייג בשל מצב רפואי קודם כהגדרתו בתקנות הפיקוח על עסקי הביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) והוראות לעניין מצב רפואי קודם התס"ד - 2004.

- הליך הצטרפות: ידוע לי כי במקום בו אפשר לצרף חלק מן המועמדים לביטוח ואילו המועמדים האחרים נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה, יתקבלו לביטוח אותם מועמדים שאפשר לקבלם. לגבי יתר המועמדים - מועמדותם לביטוח תבחן רק בתום הליך החיתום.
 אני מעוניין באפשרות פיצול זו.
- היותו של הנציג/מבוטח ראשי של המועמדים: אני/ו מאשר/ים כי הנציג הינו שלוח שלי/נו לכל דבר ועניין בקשר עם הפוליסה, ובכלל זה בכל הנוגע להודעות ביטול הפוליסה. אם צוינה לעיל כתובת שונה של בן/בת הזוג, ישלחו מסמכי הדיווח (גילוי נאות, דף פרטי ביטוח ודו"ח שנתי) לבן/בת הזוג לכתובת זו. לקבלת מידע אודות מוצרי הביטוח בהר הביטוח באפשרותך לשנות או להוסיף שם בגיר לצורך זה יזיהו באתר האינטרנט של החברה ובאזור האישי.
- לתכנית מסוג הוצאות רפואיות ומחלות קשות: תקופת הביטוח הינה כנקוב בדף פרטי הביטוח. חידוש הפוליסה ביום 1.6.2018 ובכל שנתיים לאחר מכן, ייעשה, בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, באותם תנאים או בתנאים שונים, ובפרמיה שתקבע ע"י החברה במועד החידוש.
- למבקשים להצטרף לביטוח ניתוח משלים לשב"ן - סמן X ב- ידוע לי ואני מאשר ומצהיר כי:
א. הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, החברה (המבטח) תשלם את ההפרש בין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. הכיסוי ניתן לניתוחים אצל גותני שירות שבהסכם עם החברה.
ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המועמד לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות לחברה למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
ג. דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (תוכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
ד. בסיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המועמד לפנות לחברה ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" בתוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים.

- איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי
רשות שוק ההון ביטוח וחסכון ("רשות") במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר לרשות 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
לידיעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
- הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות
אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר במצויני ובהסכמת, ישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ וכן בגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיורר ישיב, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע שמסרתי ימסר לסוכן הביטוח/בעל רישיון לצרכי שירות לגורמים נוספים כמתחייב בדיון (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגידי). מדיניות הגנת הפרטיות של קבוצת מגדל זמינה עבורך באתר האינטרנט <https://www.migdal.co.il> או באפליקציה של החברה.
- רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון מפרסמת השוואה של פרמיות הביטוח לכיסוי ניתוחים בישראל/השתלת/תרופות, בחברות הביטוח השונות בישראל וכן, מדד המשקף את רמת השירות שלהן. באפשרותך להיכנס למחשבון להשוואת ביטוחי בריאות ולמדד שירות חברות הביטוח באתר של רשות שוק ההון ביטוח וחסכון בכתובת: www.mof.gov.il

מק"ט 522110055 (מחזורת 05.2021)





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

ז. הצהרות והתחייבות המועמדים לביטוח (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי) - המשך

12. נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, הפרמיה ותקופת הביטוח וכן נמסרו לי תוצאות הליך התאמת הצרכים ובכלל זה ההבדלים בין הפוליסות שהוצעו לי לרבות פרמיות הביטוח, תנאי הפוליסה, שירות שיינתן לי בחברה או כל סיבה אחרת שבשלה הומלץ לי להצטרף דווקא לפוליסה זו.

13. פוליסה/ות קיימת/ות בביטוח רלוונטי:

ילדים	ראשי		בן/בת זוג		כן	לא
	כן	לא	כן	לא		
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

א. האם יש בידך פוליסה קיימת בביטוח רלוונטי לתוכנית/ות המבוקשת/ות? אם התשובה לשאלה א' היא "כן"

ב. האם בכונתך לבטל או להקטין את היקף הכיסוי בפוליסה/ות הקיימת/ות? אם התשובה לשאלה ב' היא "כן"

ג. אני מעוניין שבקשת הביטוח תשלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת:
 על ידי
 על ידי סוכן הביטוח - יש למסור לסוכן טופס בקשת ביטוח מס' 305 חתום.
 על ידי חברת הביטוח מגדל - יש לצרף טופס בקשת ביטוח מס' 305 חתום ולציין את שם חברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת: _____

ד. אני מאשר שנמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה ובכלל זה שיפור בתנאי הכיסוי או השירות שינתנו לי בפוליסה המומלצת או כל סיבה אחרת שבשלה הומלץ לי לעבור פוליסה.

<input type="text"/>	תאריך	<input type="text"/>	חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18 ★	<input type="text"/>	חתימת בן/בת זוג ★
----------------------	-------	----------------------	---	----------------------	-------------------

ח. אישור המועמדים להצטרפות לתכנית נוספת המעניקה פיצוי למקרה ביטוח דומה

הצהרה זו רלוונטית לתכנית מסוג: מחלות קשות.

הנני מבקש להצטרף לתכנית המבוקשת על אף שיש בידי פוליסה קיימת במגדל או בחברת ביטוח אחרת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה וכי ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח (פרמיות) עבור שתי הפוליסות. אישור זה יחול גם במקרה של הגדלת סכום ביטוח ו/או רכישת כיסויים נוספים בפוליסה קיימת בחברה.

<input type="text"/>	תאריך	<input type="text"/>	חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18 ★	<input type="text"/>	חתימת בן/בת זוג ★
----------------------	-------	----------------------	---	----------------------	-------------------

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

ט. הסכמה לפניות שיווקיות

אני מסכים / לא מסכים כי המידע ישמש את מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לצורך שיווק ודיור ישיר אודות כיסויים ביטוחיים ומוצרים ו/או שירותים פנסיוניים, פיננסיים ואחרים ולפניה 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 פניה למוקד קשרי הלקוחות של החברה. טלפון 03-9201010, דואר אלקטרוני mokedbi@migdal.co.il

<input type="text"/>	תאריך	<input type="text"/>	חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18 ★	<input type="text"/>	חתימת בן/בת זוג ★
----------------------	-------	----------------------	---	----------------------	-------------------

י. הצהרות הסוכן, אני מאשר כי:

- שאלתי את החותמים הנ"ל את כל השאלות בטופס הצעה זה, התשובות הן כפי שנמסרו לי על-ידם ולאחר שהצגתי בפניהם את טופס גילוי נאות הם חתמו לעיל.
- ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח והצגתי את התכנית/ות המבוקשת/ות התואמת/ות את צרכי/הם, לאחר שבחנתי את רשימת מוצרי הביטוח הקיימים של המועמד לביטוח המונפקת באמצעות אתר הר הביטוח (לכל הפחות).
- במקרה של הצעה לרכישת תכנית המעניקה פיצוי, בדקתי כי לא קיימת למבוטח פוליסה עבור מקרה ביטוח דומה, שלא בוטלה, או שקיימת פוליסה שכזו, והמבוטח אישר כמפורט בסעיף ח' לעיל את הצטרפותו לתכנית המבוקשת.
- הריני מצהיר כי הצגתי ומסרתי למועמד לביטוח את תוצאות הליך ההתאמה ובכלל זה את ההבדלים בין הפוליסות שהוצעו לו לרבות פרמיית הביטוח, תנאי הפוליסה והשירות שיינתן למבוטח בחברה אליה מבקש להצטרף או כל סיבה אחרת שבשלה המלצתי למועמד לביטוח להצטרף לתוכנית/יות המבוקשת/ות. במקרה של החלפת פוליסה קיימת, הצגתי למועמד גם את שיפור תנאי הכיסוי או השירות או כל סיבה אחרת שבשלה המלצתי למבוטח לעבור פוליסה.
- הריני מצהיר כי יידעתי את המועמד לביטוח לגבי חברות שדמי העמילות שאני מקבל מהן בשנה הקלנדרית האחרונה עולים על 40% מסך כל דמי העמילות שאני מקבל עבור כלל המוצרים מאותו ענף ביטוח וכי אני משוקק בעיקר את החברות האמורות. כמו כן, ציינתי בפני המועמד לביטוח את מספר כל החברות המשוקקות את מוצר הביטוח שהוצע לו.
- הריני מצהיר כי תיעדתי את הליך ההתאמה ותוצאותיו.

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

מ"ק 522110055 (מחדרה 05.2021)





טופס הוראת תשלום דמי הביטוח

טופס מספר **599**

יש לבחור באחד מאמצעי הגבייה שלהלן:

תשלום בכרטיס אשראי

כרטיס אשראי - (בחר את סוג הכרטיס המתאים): ויזה ישראלרטי דינרס אמריקן אקספרס לאומי קארד

מספר הכרטיס	שם בעל הכרטיס	תוקף 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 האיל וניתנה על ידי הרשאה למגדל חברה לביטוח בע"מ להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים 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 שיונפק 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.

אם המשלם אינו מועמד לביטוח יש לסמן את מהות הקשר בינו לבין המועמד/ים לביטוח

הורים אחות סבא/סבתא בני זוג אחר (טופס זיקה)

תאריך חתימת בעלי החשבון

* אם סומן "אחר" יש לצרף טופס זיקה מס' 58.

תשלום בהוראת קבע

שם הבנק	מספר סניף	מספר בנק	יישוב	כתובת הסניף (רחוב)	מספר בית	ת"ד	מיקוד
מספר חשבון בנק		קוד מוסד		מספר פוליסה / תכנית			
		00602					

הרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות

הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב ש"ח מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום

(אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח הם יוחזרו ע"י הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך)

לתשומת לבכם - אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות

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

מספר זהות / ח"פ	שם משפחה / שם חברה	שם פרטי	יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מספר בית	ת"ד	מיקוד

- נותנים לכם בזה הוראה להקים בחשבונו/נו הנ"ל הרשאה לחיוב חשבונו/נו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוטב, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
- כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:
 - עלי/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.
 - הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
 - היה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידי/נו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
 - אחיה/נהיה רשאי/ם לדרוש מהבנק בהודעה בכתב לבטל חיוב אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
- הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שביני/נו לבין המוטב.
- ההרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שביני/נו לבין הבנק.
- 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.

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

תאריך חתימת בעלי החשבון

אישור הבנק לכבוד מגדל חברה לביטוח בע"מ ת.ד. 3063 פ"ת מיקוד 4951106

קיבלנו הוראות מ- לכתב חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נו בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב הרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת: כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע. כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב ע"י בעלי החשבון או כל עוד לא הוצאו/ בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

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

תאריך בנק חתימת הנותמת הסניף

מגדל חברה לביטוח בע"מ



011125990707011021

קוד מסמך: 112 עמוד 7 מתוך 7 דפים

קוד מסמך: 112