



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 להוספת נספחים וכתבי שירות לפוליסה קיימת

טופס מספר 124

א. פרטי המועמדים לביטוח												
השאלה			מועמד ראשי		בן/בת זוג		מספר זהות					
			כן	לא	כן	לא						
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"/>						
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						
פרטי נציג*						<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	* יש למלא פרטי נציג רק במקרה של הצטרפות ילדים מתחת לגיל 18 ללא הורים.					
כתובת		יישוב		מס' בית		מס' דירה		ת"ד		מיקוד		
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		מס' בית		מס' דירה		ת"ד		מיקוד		
<p>מוטבים - היורשים על פי הדין</p> <p>באפשרותך לנמון מוטבים אחרים, באמצעות טופס מספר 568 - הוראה למינוי מוטבים, שעליך למלא ולשלוח למגדל.</p>												
<p>אופן מסירת מידע למבטוח</p> <p>אני מעוניין לקבל את הפוליסה, מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח, דו"ח שנתי ומידעים בקשר אליה באחת מהאופציות הבאות:</p> <p><input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני בליווי מסרון לטלפון הנייד</p> <p><input type="checkbox"/> דואר בליווי מסרון לטלפון הנייד</p> <p>במקרה שלא סומנה בחירה לעיל, יישלחו המסמכים הנ"ל באמצעות מסרון או דוא"ל של הנציג עפ"י הרשום לעיל</p>												

ב. התכנית המבוקשת												
נספחים וכתבי שירות				בכפוף למילוי הצהרת בריאות								התוכנית המבטוח
ייעוץ אונליין	רפואה משלימה	קונסיליום	אבחון מהיר ושירותים בעת אשפוז	נספחים לאמבולטורי לילד	שיקום ואביזרים רפואיים	ייעוץ ובדיקות אבחנתיות - אמבולטורי*	נספח הבטחה למחר***	נספח מחליפי ניתוח**	נספח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	השתלות	תרופות	
<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"/>	ראשי
<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"/>	בן/בת זוג
<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"/>	ילדים

* יש לרכוש למועמד נספח ייעוץ ובדיקות אבחנתיות - אמבולטורי במקרה בו מבקשים לרכוש אחד או יותר מהנספחים הבאים: שיקום ואביזרים רפואיים ו/או הרחבה לאמבולטורי לילד.
** נספח מחליפי ניתוח ניתן לרכישה כנספח לפוליסת ניתוחים בישראל (לפני 2/2016).
*** נספח הבטחה למחר למבטוחים בפוליסה דואגים למחר (צמודת מדד) שנרכשה החל מינואר 2012.

ג. אופן התשלום והגבייה	
<p>הוראה לחיוב: אני נותן בזאת הרשאה לגבות את הפרמיה בתוכנית/ות המבוקשת/ות באמצעי התשלום הניתן במסגרת פוליסה מספר _____ ובתנאי שאני המשלם. אישורי זה מתיר לחברה את השימוש באמצעי תשלום זה לצורך הליך הצירוף וגביית הפרמיה עבור התוכנית/ות המבוקשת/ות בטופס זה. אם לא, יש למלא טופס (מס' 599) הוראה לחיוב חשבון או כרטיס אשראי.</p>	

מק"ט 492303050 (מחזורת 02.2023)



014941240105010223

עמוד 1 מתוך 6

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 494

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

ד. הצהרות (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי) - בהסכמתך לעריכת הביטוח הנך מצהיר, מתחייב ומסכים, להצהרות שלהלן:

- כל התשובות והמידע שמסרת ותמסור בהצעה ובהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, וישמשו בסיס לעריכת הביטוח ויהוו חלק מהפוליסה.
- לאחר בירור צרכי המועמד/ים לביטוח נמצאה התוכנית המבוקשת מתאימה.
- הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות**
אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמת, 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: לסוכני 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 <https://www.migdal.co.il> או באפליקציה של החברה.
- 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 זיהוי באתר האינטרנט של החברה ובאזור האישי.
- פיצול מועמדים/בהליך ההצטרפות:** 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. המועמד/ים מעוניינים באפשרות פיצול זו.
- למגדל רשות לדחות את ההצעה או לקבלה בהתאם לסיכון הביטוחי, להוראות הדין והפוליסה. ככל שתתקבל לביטוח, הוא ייכנס לתוקף במועד המפורט בדף פרטי הביטוח.
- ידוע לי כי החברה לא יכולה להתנות ביטוח תוכנית אחת באחרת, אלא במקרה של ביטוח תוכניות/נוספות/המצטרפות כנספח לתוכנית יסודית שבוטלה או במקרה של ביטוח כל התוכניות היסודיות.**
- 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.**
- איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי:** רשות שוק ההון ביטוח וחסכון ("הרשות") במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז 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 לדיעבד, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
- לרוכשים השתלות ו/או תרופות, ביטוח תכנית יסודית אחת עשויה לגרום לביטול הנחה שניתנה בתכנית/ות יסודית/ות אחרת.**
- תקופת הביטוח הינה כנקוב בדף פרטי הביטוח. חידוש הפוליסה ביום 1.6.2018 ובכל שנתיים לאחר מכן, יעשה, בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, באותם תנאים או בתנאים שונים, ובפרמיה שתקבע ע"י החברה במועד החידוש.**
- 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 השוואת ביטוחי בריאות ולמדד שירות חברות הביטוח באתר של רשות שוק ההון ביטוח וחסכון בכתובת: www.mof.gov.il

13. 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.

14. פוליסה/ות קיימת/ות בביטוח רלוונטי:

	ראשי		בן/בת זוג		ילדים	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא
א. האם יש בידך פוליסה קיימת בביטוח רלוונטי לתוכנית/ות המבוקשת/ות? אם התשובה לשאלה אי' היא "כן" <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ב. האם בכוונתך לבטל או להקטין את היקף הכיסוי בפוליסה/ות הקיימת/ות? אם התשובה לשאלה בי' היא "כן" <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ג. אני מעוניין שבקשת הביטול תשלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת: <input type="checkbox"/> על ידי <input type="checkbox"/> על ידי סוכן הביטוח - יש למסור לסוכן טופס בקשת ביטול מס' 305 חתום. <input type="checkbox"/> על ידי חברת הביטוח מגדל - יש לצרף טופס בקשת ביטול מס' 305 חתום ולציין את שם חברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת: _____						
ד. <input type="checkbox"/> 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						

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

- 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.
- 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.
- 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.
- למען הסר ספק, יובהר כי תקופת האכשרה הקבועה כמפורט בתנאי הפוליסה תחול עבור כיסויים וסכומי ביטוח שאינם חופפים ולא 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 *
--	--	--------------------

מק"ט 492303050 (מחזורת 02.2023)

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

ה. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול לחוד על מבוטח (מבוגר), על בן/בת זוג ועל כל אחד מן הילדים המבוטחים - יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות.

שם ילד 4		שם ילד 3		שם ילד 2		שם ילד 1		סמן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)	בן/בת זוג		מועמד ראשי			
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן		לא	כן	לא	כן		
אורח חיים														
								גובה בס"מ משקל בק"ג						
									ילדים מגיל 10 בלבד					
								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 _____ ילד החל מגיל 16 _____	1					
								ב. אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות (לילדים החל מגיל 16)?						
								האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום (לילדים החל מגיל 16)? (22)	2					
								האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר (לילדים החל מגיל 16)? (22)	3					
רקע רפואי														
								האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע או נמצא כעת במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית? (21)	1					
								האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת או עברת ניתוח ו/או יעצו לך לעבור ניתוח? (3)	2					
								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?	3					
								האם נקבעה לך נכות ו/או הינך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות או הומלץ לך שימוש באביזר רפואי? (23) אגא פרט וצרך מסמכים:	4					
								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 פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אלצהיימר, מחלת פרקינסון? (20)	5					
פירוט המחלות לפי מערכות - האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חייהם מומים/מחלות/הפרעות באחת או יותר מהמערכות הבאות?														
								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 ריכוז, סחרחורות והתעלפויות. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?	1					
								נפש: לרבות מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? (13) ו/או הפרעות אכילה.	2					
								מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני (24)	3					
								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.	4					
								מערכת הראיה (11): לרבות לקי ראייה מעל מס' 8, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקנוס.	5					
								מערכת אף אוזן גרון: לרבות פגיעה בשמיעה (12), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טינטון, סינוסיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול.	6					
								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?	7					
								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 (צירוזיס), אבנים בדרכי המרה ו/או כיס מרה, דלקת בלבלב.	8					
								מערכת כליות ודרכי שתן (15): לרבות אי ספיקת כליות, כליה פולציסטיט, 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).	9					
								מחלה מטבולית, הורמונאלית (אנדוקרינולוגיה): לרבות סוכרת (7), שומנים בדם (9), שיגדון (גאוס), גושה, FMF (18), בלוטת התריס/המגן (8), יותרת המגן/התריס, יותרת המח (פרולקטינומה/פרולקטינימה), הפרעות גדילה, הזעת יתר.	10					
								מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות: לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת הדם, תחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון, איידס/נשאות, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים (25)	11					
								מערכת השלד, השרירים, מפרקים (19) מחלות מפרקים (17) בעיות ברכיים: לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב (5), בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן, פרט, מחלת מפרקים ניוונית, דלקת מפרקים שגרונית, לופוס, פיבורמיאלגיה, תסמונת התשישות הכרונית, סקלרודרמה.	12					
								מערכת עור ומין: לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה (26)	13					

מק"ט 492303050 (מחזורת 02.2023)

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

ה. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול לחוד על מבוטח (מבוגר), על בן/בת זוג ועל כל אחד מן הילדים המבוטחים - 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.				שם ילד 1				שם ילד 2				שם ילד 3				שם ילד 4			
כן	לא	כן	לא	אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)				כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא		
אורח חיים																							
14 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.																							
15 לנספח הבטחה למחר - האם יש לך עיסוקים/תחביבים/אורח חיים עם סיכון מיוחד? אם כן, צרף שאלון תחביבים/מקצועי.																							

ו. 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 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 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 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	מועמד ראשי / חתימת	בן/בת הזוג * חתימת
שם סוכן	מספר סוכן	חתימת סוכן *
עד לחתימה		

ז. אישור המועמד/ים להצטרפות לתכנית נוספת המעניקה פיצוי למקרה ביטוח דומה

הצהרה זו רלוונטית לתכנית מסוג: הבטחה למחר. 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.

תאריך	חתימת מועמד ראשי *	בן/בת זוג * חתימת
אין באמור בכדי להוות אישור החברה על ביטוח קיים בתוקף במגדל.		

ח. הסכמה לפניית שיווקיות

אני מסכים / אני לא מסכים כי המידע ישמש את מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לצורך שיווק ודיוור 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 חיוב 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

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

מק"ט 492303050 (מהדורה 02.2023)

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

ט. 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 לו/ להם ביטוח או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים את צרכיו/הם, לאחר שבחנתי את רשימת מוצרי הביטוח הקיימים של המועמד לביטוח המונפקת באמצעות אתר הר הביטוח (לכל הפחות).
 - 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 המשוקות 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 ★	
--	------------------	--------------------	--



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 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- _____ 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 מסלקה	קוד מוסד	מספר פוליסה / תכנית
		סניף / בנק	00602	

תאריך: _____ חתימה וחותמת הסניף * _____

מק"ט 522110055 (מהדורה 10.2021)



011125990101011021

עמוד 6 מתוך 6

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 112

מגדל בריאות

1434