

|           |            |             |
|-----------|------------|-------------|
| מספר הסכם | מספר הסוכן | מספר פוליסה |
| שם הסוכן  |            | שם המפקח    |

| תאריך מבוקש להתחלת הביטוח   |      |     |   |
|---|------|-----|---|
| שנה   | חודש | יום | מועד התחלת הביטוח המבוקש יכול להיות מועד מילויי 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. |      |     |   |

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

## הצעה לביטוח בריאות

טופס מספר **170**

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

### א. פרטי המועמדים לביטוח

| שאלה   | 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"/>           |
| <b>מבטוח</b>   | <b>מספר זהות</b>         |                                |                          |                                    |
| ראשי   |                          |                                |                          |                                    |
| בן/בת זוג  |                          |                                |                          |                                    |
| <b>ילדים עד גיל 18</b>   | ילד 1                    |                                |                          |                                    |
|  | 2                        |                                |                          |                                    |
|  | 3                        |                                |                          |                                    |
|  | 4                        |                                |                          |                                    |
| פרטי נציג*   |                          |                                |                          |                                    |
| <b>כתובת</b>   | <b>יישוב</b>             |                                | <b>מס' בית</b>           |                                    |
|  |                          |                                |                          |                                    |
| <b>דואר אלקטרוני של הראשי</b>  |                          | <b>מס' טלפון נייד של הראשי</b> |                          | <b>מס' טלפון נייד של בן/בת זוג</b> |
|  |                          |                                |                          |                                    |
| <b>כתובת מגורים של בן/בת הזוג</b>  |                          | <b>יישוב</b>                   |                          | <b>מס' דירה</b>                    |
| יש למלא רק אם שונה מהכתובת שצויינה לעיל.   |                          |                                |                          |                                    |

### פרטים נוספים

| אופן מסירת מידע למבטוח   | מועדי תשלום דמי ביטוח             | שב"ן (ביטוח משלים) מסוג  | שם קופת חולים            |                          |                          |                          | מצב משפחתי | מבטוח |
|--|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|-------|
|  |                                   |                          | מכבי                     | כללית                    | מאוחדת                   | לאומית                   |            |       |
| אני מעוניין לקבל את הפוליסה, מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח, דו"ח שנתי ומידעים בקשר אליה באחת מהאופציות הבאות:<br><input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני בליווי מסרון לטלפון הנייד<br><input type="checkbox"/> דואר בליווי מסרון לטלפון הנייד במקרה שלא סומנה בחירה לעיל, ישלחו המסמכים הנ"ל באמצעות מסרון או דוא"ל של הנציג עפ"י הרשום לעיל.<br><br>* באמצעות כרטיס אשראי או הוראת קבע עפ"י טופס 599. | <input type="checkbox"/> חודשי*   |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ראשי       |       |
|  | <input type="checkbox"/> רבע שנתי |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | בן/בת זוג  |       |
|  | <input type="checkbox"/> חצי שנתי |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ילד 1      |       |
|  | <input type="checkbox"/> שנתי     |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ילד 2      |       |
|  |                                   |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ילד 3      |       |
|  |                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ילד 4                    |            |       |

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

| [1] הוצאות רפואיות                    |   |                          | [1] הוצאות רפואיות - המשך |                          |            | [2] מחלות קשות - יסודי        |                          |                          |
|---------------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|--------------------------|------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| סוג התכנית                            | שם התכנית   | ראשי                     | בן/בת זוג                 | ילדים                    | סוג התכנית | שם התכנית                     | ראשי                     | בן/בת זוג                |
| 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"/> |
|                                       | תרופות שלא בסל ובדיקות גנטיות למחלה               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |            | קונסיליום                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                       | ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |            | רפואה משלימה                  | <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"/> |
| נספח                                  | ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |            |                               |                          |                          |
| נספח                                  | ייעוץ ובדיקות אבחנתיות - אמבולטורי                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |            |                               |                          |                          |
| נספחים לאמבולטורי בכפוף להצהרת בריאות | שיקום ואבזורים רפואיים                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |            |                               |                          |                          |
|                                       | הרחבה לאמבולטורי לילד                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |            |                               |                          |                          |

מק"ט 522110057 (מהדורה 12.2022)



0115811700105011222

עמוד 1 מתוך 6

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 1581

| שם פרטי | שם משפחה | מספר זהות |  |  |  |  | מועמד ראשי |
|---------|----------|-----------|--|--|--|--|------------|
|         |          |           |  |  |  |  |            |

**ג. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול לחוד על מבוסח (מבוגר), על בן/בת זוג ועל כל אחד מן הילדים המבוסחים - 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.<br>אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)  |    |          |    |          |    |          |    |
|---|----|-----------|----|---|----|----------|----|----------|----|----------|----|
| כן  | לא | כן        | לא | שם ילד 1  |    | שם ילד 2 |    | שם ילד 3 |    | שם ילד 4 |    |
| כן  | לא | כן        | לא | כן  | לא | כן       | לא | כן       | לא | כן       | לא |
| <b>אורח חיים</b>  |    |           |    |   |    |          |    |          |    |          |    |
|   |    |           |    | גובה בס"מ _____<br>משקל בק"ג _____<br>ילדים מגיל 10 בלבד _____  |    |          |    |          |    |          |    |
|   |    |           |    | א. האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מצוי הטבק לרבות סיגריות אלקטרוניות (מכשיר אידיו אלקטרוני)) אם כן ציין מס' סיגריות / פעמים שמעשן ביום:<br>ראשי _____, בן/בת זוג _____, ילד החל מגיל 16 _____  |    |          |    |          |    |          |    |
|   |    |           |    | ב. אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות? (ילדים החל מגיל 16) _____   |    |          |    |          |    |          |    |
|   |    |           |    | האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום (ילדים החל מגיל 16)? (22)   |    |          |    |          |    |          |    |
|   |    |           |    | האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר (ילדים החל מגיל 16)? (22)   |    |          |    |          |    |          |    |
| <b>רקע רפואי</b>  |    |           |    |   |    |          |    |          |    |          |    |
|   |    |           |    | האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע או הינך נמצא כעת במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית? (21)   |    |          |    |          |    |          |    |
|   |    |           |    | האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת או עברת ניתוח ו/או יעצו לך לעבור ניתוח? (3)   |    |          |    |          |    |          |    |
|   |    |           |    | האם ב-5 השנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית לרבות בדיקת הדמיה ו/או בדיקה פולשנית ונמצא בה ממצא שהצריך ברוח/מעקב רפואי או הנך נמצאת/כיום במהלך של בדיקות רפואיות אלו שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית בגינן? אם כן, אנא פרט וצרך את תוצאות הבדיקות.                        |    |          |    |          |    |          |    |
|   |    |           |    | האם נקבעה לך נכות ו/או הינך נמצא בתהליך לקבלת אחזי נכות או הומלץ לך שימוש באביזר רפואי? (23) אנא פרט וצרך מסמכים _____  |    |          |    |          |    |          |    |
|   |    |           |    | 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 פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אלצהיימר, מחלת פרקינסון? (20) |    |          |    |          |    |          |    |
| <b>פירוט המחלות לפי מערכת - האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חייכם מומים/מחלות/הפרעות באחת או יותר מהמערכות הבאות?</b> |    |           |    |   |    |          |    |          |    |          |    |
|   |    |           |    | 1 <b>מערכת עצבים, המוח, ו/או הפרעות התפתחותיות:</b> לרבות אפילפסיה (4), אירוע מוחי, גידול מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, רעד, פרקינסון, שיתוק, פוליו, בעיות בהתפתחות ו/או גדילה, האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?                               |    |          |    |          |    |          |    |
|   |    |           |    | 2 <b>נפש:</b> לרבות מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה (13) ו/או הפרעות אכילה.   |    |          |    |          |    |          |    |
|   |    |           |    | 3 <b>מחלות ממאירות, גידולים:</b> לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני (24)   |    |          |    |          |    |          |    |
|   |    |           |    | 4 <b>מערכת ריאות ודרכי נשימה (1):</b> לרבות אסטמה, ו/או ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידיזיס, דום נשימה בשינה, סיטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרת, שחפת.  |    |          |    |          |    |          |    |
|   |    |           |    | 5 <b>מערכת הראייה (11):</b> לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 8, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקנוס.   |    |          |    |          |    |          |    |
|   |    |           |    | 6 <b>מערכת אף אוזן גרון:</b> לרבות פגיעה בשמיעה (12), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טיטנון, סינוסיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול.   |    |          |    |          |    |          |    |
|   |    |           |    | 7 <b>מערכת הלב/לחץ דם (2) (28), כלי דם (14):</b> 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 <b>בקע ומערכת העיכול (6) (29):</b> לרבות בקע/שבך/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 בלבב.   |    |          |    |          |    |          |    |
|   |    |           |    | 9 <b>מערכת כליות ודרכי שתן (15):</b> לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, 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 <b>מחלה מטבולית, הורמונאלית (אנדוקרינולוגיה):</b> לרבות סוכרת (7), שומנים בדם (9), שיגדון (גאוס), גושה, FMF (18), בלוטת התריס/המגן (8), יתרת המגן/התריס, יתרת המח (פרולקטינמה/פרולקטינמיה), הפרעות גדילה, הזעת יתר.  |    |          |    |          |    |          |    |
|   |    |           |    | 11 <b>מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות:</b> לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת הדם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון, איידס/נשאות, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים (25)   |    |          |    |          |    |          |    |
|   |    |           |    | 12 <b>מערכת השלד, השרירים, מפרקים (19) מחלות מפרקים (17) בעיות ברכיים:</b> לרבות שבך, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב (5), בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן, פרסט, מחלת מפרקים ניונית, דלקת מפרקים שגרונת, לופוס, פיברומיאלגיה, תסמונת התשישות הכרונית, סקלרודרמה.             |    |          |    |          |    |          |    |
|   |    |           |    | 13 <b>מערכת עור ומיין:</b> לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה (26)   |    |          |    |          |    |          |    |
|   |    |           |    | 14 <b>מערכת הרבייה לכל המועמדים לביטוח - לילדים החל מגיל 12 (27):</b><br><b>נשים:</b> בעיות גניקולוגיות ו/או פרייז, הפלות חוזרות, הגדלה או הקטנה של השדיים, ניתוחים קיסריים בעבר ו/או נמצאת כיום בהריון.<br><b>גברים:</b> הגדלה של בלוטת הערמונית ו/או בעיות בפריון.              |    |          |    |          |    |          |    |

מק"ט 522110057 (מהדורה 12.2022)

| שם פרטי | שם משפחה | מספר זהות | פרטי מועמד ראשי |
|---------|----------|-----------|-----------------|
|         |          |           |                 |

**ג. 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**

| שם ילד 4                 |                          | שם ילד 3                 |                          | שם ילד 2                 |                          | שם ילד 1                 |                          | סמן כן / לא - פרט אם יש צורך.<br>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                       | לא                       | כן                       |
| <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"/> |

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, 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 וצרף 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 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 שתירשש 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 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 ויישוב תביעות בלבד. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עדובני 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     | חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18 * | חתימת בן/בת זוג * |
| עד לחתימה | שם סוכן                                     | מספר סוכן         |

**ה. הצהרות (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.  
תשובה שאינה מלאה או כנה עלולה לגרום לביטול הפוליסה ו/או לתשלום תגמולי ביטוח מופחתים או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי ביטוח.
- קבלה לביטוח:** ידוע לי כי החברה לא יכולה להתנות ביטול תכנית אחת באחרת, אלא במקרה של ביטול תכנית/יות נוספות המוצרפוט כנספח לתכנית יסודית שבוטלה או במקרה של אקטואריים, נתונים סטטיסטיים, מידע רפואי, או כל מידע אחר רלוונטי, בשים לב למדיניות החיתום של החברה, ורק עם סימונו 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 המוצרפוט כנספח לתכנית יסודית שבוטלה או במקרה של ביטול כל התכניות היסודיות לרוכשים השתלוח 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 להמשך 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 מסמך/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 וד"ח שנתי) לבן/בת הזוג לכתובת זו. לקבלת מידע אודות מוצרי הביטוח בהר הביטוח באפשרותך לשנות או להוסיף שם בגיר לצורך זהויו באתר האינטרנט של החברה ובאזור האיש.
- לתכניות מסוג הוצאות רפואיות ומחלות קשות: תקופת הביטוח הינה נקוב 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 פי 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 נותני 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.

מק"ט 522110057 (מהדורה 12.2022)

**ה. הצהרות (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי) - המשך**

| שם פרטי | שם משפחה | מספר זהות | פרטי מועמד ראשי |
|---------|----------|-----------|-----------------|
|         |          |           |                 |

9. **איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי**  
 רשות שוק ההון ביטוח וחסכון ("הרשות") 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](http://www.migdal.co.il)  
 לידיעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרכז 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: 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.

11. רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון מפרסמת השוואה של פרמיות הביטוח לכיסויי 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](http://www.mof.gov.il)

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 לתכנית/ות המבוקשת/ות? אם התשובה לשאלה א' היא "כן"

ב. האם בכוונתך 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 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 שינתנו 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 שבטולה (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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18 ★ \_\_\_\_\_

חתימת בן/בת זוג ★ \_\_\_\_\_

**ו. אישור תנאי קבלה מראש - אני מסכים ומאשר מראש:**

1. רכישת התכנית/ות המבוקשת/ות גם במקרה בו נדרש עקב הליך החיתום לשלם תוספת חיתומית על דמי הביטוח בגובה של עד 100% בגין \_\_\_\_\_

2. בכיסוי לניתוחים ולטיפולים מחליפי ניתוח בארץ ו/או בחו"ל (אם נרכש) לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ו/או הנובע מ:  דליות ברגליים  ניתוח קיסרי וסיבוכיו  בקע  טחורים  פיסורה  יתר פעילות בלוטת התריס  קטרקט  גלאוקומה  קרטקונוס  אבנים בכליות ודרכי השתן

3. 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 ייתנם אישור זה ויקבעו תנאים מיוחדים לביטוח, בתום הליך החיתום ישלח טופס אישור תנאים לחתימה כתנאי להפקת הפוליסה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18 ★ \_\_\_\_\_

חתימת בן/בת זוג ★ \_\_\_\_\_

|         |          |           |                 |
|---------|----------|-----------|-----------------|
| שם פרטי | שם משפחה | מספר זהות | פרטי מועמד ראשי |
|         |          |           |                 |

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

הצהרה זו רלוונטית לתכניות מסוג: מחלות קשות.

הנני מאשר הצטרפותי לביטוח, במסגרת התכנית המבוקשת גם אם 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 / נציג מועמדים עד גיל 18 | חתימת בן/בת זוג |
|       |   |                 |

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

## ח. הסכמה לפניית שיווקית

אני מסכים /  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 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 פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה. טלפון 03-9201010, דואר אלקטרוני [mokedbi@migdal.co.il](mailto:mokedbi@migdal.co.il)

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

## 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 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 ז' 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 להתיעץ 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

|       |               |             |
|-------|---------------|-------------|
| תאריך | חותמת הסוכנות | חתימת הסוכן |
|       |               |             |





# 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 יישלחו 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 ייעשה 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 מסלוקה | קוד מוסד | מספר פוליסה / תכנית |
|----------------|-----------|------------|----------|---------------------|
|                |           | סניף / בנק | 00602    |                     |

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הסניף \* \_\_\_\_\_

