



תאריך מבוקש להתחלת הביטוח Requested commencement date				
The requested commencement date would either the date this health application form is filled or the 1 st of the following month.	Year	Month	Day	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.				
For your information, the requested date does not bind the Company. The policy shall enter into force starting from the date set forth in the Insurance Specification Sheet as the commencement date.				

מספר הסכם Agreement Number	מספר הסוכן Agent Number	מספר פוליסה Policy Number
שם המפקח Name of Supervisor		שם הסוכן Name of Agent

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון
The form is designed both for men and women
Please use pen only (not pencil) to fill out the form.

Health Insurance Application Form Form number 170 מספר טופס

Please answer all of the questions including those included in the Health Declaration in a clear and complete manner.

הצעה לביטוח בריאות

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

A. Insured Details א. פרטי המועמדים לביטוח

The Question	מועמד ראשי Primary Insured		בן/בת זוג Spouse		השאלה			
	כן Yes	לא No	כן Yes	לא No				
Is the insured an Israeli citizen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם המועמד לביטוח הוא אזרחי ישראל?			
In the 12 months period preceding the date of this health application, has the insured resided in Israel for at least 180 days?	<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?			
מבוטח Insured	מספר זהות I.D.		שם משפחה Surname		שם פרטי First Name	תאריך לידה Date of Birth	מין Sex	עיסוק Occupation
ראשי Primary							F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
בן/בת זוג Spouse							F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
ילדים עד גיל 18 children up to 18	ילד 1 child1						F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	מוטבים - היורשים על פי הדין באפשרותך למנות מוטבים אחרים, באמצעות טופס מספר 568 - הוראה למינוי מוטבים, שעליך למלא ולשלוח למגדל. Beneficiaries – Legal Heirs You may declare other beneficiaries using form No. 568- An Order to Appoint Beneficiaries to be completed and sent to Migdal.
	2						F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
	3						F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
	4						F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Representative's* personal details and address must be * completed only whenever children under the age of 18 are enrolled without the parents.							F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	* פרטי נציג * יש למלא פרטי נציג רק במקרה של הצטרפות ילדים מתחת לגיל 18 ללא הורים.
כתובת	יישוב Place		כתובת רחוב Residential address (street)		מס' בית House No.	מס' דירה Apt. No.	ת"ד P.O.B.	מספר טלפון Telephone Number
דואר אלקטרוני של הראשי Mobile Phone No. of primary	מס' טלפון נייד של הראשי E-mail Address of primary		דואר אלקטרוני של בן/בת זוג E-mail Address of spouse		מס' טלפון נייד של בן/בת זוג Mobile Phone No. of spouse			
כתובת מגורים של בן/בת הזוג יש למלא רק אם שונה מהכתובת שצויינה לעיל. The address of a spouse must be completed only whenever the address is different from the address mentioned above.	יישוב Place		כתובת רחוב (Residential address) street		מס' בית House No.	מס' דירה Apt. No.	ת"ד Postal Code	מיקוד P.O.B.



Additional Details						פרטים נוספים	
מבוטח Insured	מצב משפחתי Family Status	שם קופת חולים / Name of Health Fund / מסוג				SHABAN (Supplementary Insurance) Type	אופן מסירת מידע למבוטח How Information Will be Delivered to the Insured
		מכבי Maccabi	כללית Clalit	מאוחדת Meuhedet	לאומית Leumit		
ראשי Primary	S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		I would like to receive the Insurance Policy, the Disclosure Document, the Insurance Specification Sheet, the Annual Report and other relevant information regarding the insurance policy in one of the following options: <input type="checkbox"/> E-mail accompanied by a text message to mobile phone <input type="checkbox"/> Postal service accompanied by a message to mobile phone if none is selected, the above document will be sent via a text message or the email of the representative as specified above אני מעוניין לקבל את הפוליסה, מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח, דו"ח שנתי ומידעים בקשר אליה באחת מהאופציות הבאות: <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני בליווי מסרון בטלפון הנייד <input type="checkbox"/> דואר בליווי מסרון בטלפון הנייד במקרה שלא סומנה בחירה לעיל, יישלחו המסמכים הנ"ל באמצעות מסרון או דוא"ל של הנציג עפ"י הרשום לעיל.
בן/בת זוג Spouse	S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ילדים עד גיל 18 children up to 18	Child 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Child 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Child 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Child 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

מועדי תשלום דמי הביטוח	
* באמצעות כרטיס אשראי או הוראת קבע עפי טופס 599.	שנתי <input type="checkbox"/> חצי שנתי <input type="checkbox"/> רבע שנתי <input type="checkbox"/> *חודשי <input type="checkbox"/> *Monthly <input type="checkbox"/> Quarterly <input type="checkbox"/> Semiannually <input type="checkbox"/> Annually

ב. התכניות הביטוחיות המבוקשות (סמן X להוספת התכניות המבוקשות עבור כל המועמדים לביטוח. בהעדר סימון לא תרכש תכנית)
B. The Requested Insurance Plans (check X to add the requested plans for all applicants. In the absence of an indication no plan is purchased)

[1] Medical Expenses		המועמד The Applicant			[1] הוצאות רפואיות	
Type of plan Policy	Name of plan Policy	ראשי Primary	בן/בת זוג Spouse	ילדים Children	שם התכנית	סוג התכנית
Basic	Transplants and special treatments abroad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	יסודי
	Medications outside the basket not in the basket and genetic tests for disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תרופות שלא בסל ובדיקות גנטיות למחלה	
Basic	Surgery, replacing surgeries and treatments in Israel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	יסודי
	For surgeries by service providers under contract with the Company	Surgery, replacing surgeries and treatments in Israel - Shaban supplement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Appendix	Surgery, replacing surgeries and treatments abroad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	נספח
Appendix	Consultation and diagnostic tests - ambulatory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ייעוץ ובדיקות אבחנתיות - אמבולטורי	נספח
Appendix (ambulatory) subject to a Health Declaration	Rehabilitation and medical aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שיקום ואביזרים רפואיים	נספחים לאמבולטורי בכפוף להצהרת בריאות
	Ambulatory extension - for a child	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הרחבה לאמבולטורי לילד	
[1] Medical Expenses – Continued		המועמד The Applicant			[1] הוצאות רפואיות - המשך	
Type of plan Policy	Name of plan Policy	ראשי Primary	בן/בת זוג Spouse	ילדים Children	שם התכנית	סוג התכנית
Service Orders	Quick diagnosis (Ivhun Mahir) and hospitalization services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אבחון מהיר ושירותים בעת אשפוז	כתבי שירות
	Consilium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קונסיליום	
	Alternative medicine (Refua Mashlima)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	רפואה משלימה	
	Online consulting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ייעוץ אונליין	
[2] Serious illnesses – Basic		המועמד The Applicant			[2] מחלות קשות - יסודי	
Name of plan		ראשי Primary	בן/בת זוג Spouse	ילדים Children	שם התכנית	
		סכום ביטוח בש"ח Sum insured (NIS)				
Mazor (Expanded Mazor Murhav)					מזור מורחב	
Mazor for Cancer (Mazor Lesartan)					מזור לסרטן	

מיק"ט 522110057 (מחזורי) (12.2022)



פרטי מועמד ראשי Details of Primary Applicant	מספר זהות Identity Number	שם משפחה Surname	שם פרטי First name

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

C. Declaration of Health – This declaration shall apply separately to insured adult, to spouses and to each of the insured children - continuation

מועמד ראשי Primary Applicant	בן/בת זוג Spouse				סמן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים) Indicate yes / No – Provide further details when necessary. When answering "yes", please complete the detailed illness questionnaire (number appears in parentheses)				שם ילד 1 name of child 1	שם ילד 2 name of child 2	שם ילד 3 name of child 3	שם ילד 4 name of child 4	
	כן Yes	לא No	כן Yes	לא No	אורח חיים Lifestyle				כן Yes	לא No	כן Yes	לא No	
					גובה בס"מ Height in cm								
					משקל בק"ג Weight in Kg								
					ילדים מגיל 10 בלבד For children from the age of 10								
					1	א. האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק, לרבות סיגריות אלקטרוניות (מכשיר אידי אלקטרוני)) אם כן ציין מס' סיגריות / פעמים שמעשן ביום: ראשי _____ בן/בת זוג _____ ילד החל מגיל 16 _____ B. If you answered that you do not smoke, have you smoked for the last two years? (For children from the age of 16) _____							
					2	האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום (לילדים החל מגיל 16)? (22) Do you drink on a regular basis more than 2 cups of alcohol per day? (For children from the age of 16) (22)							
					3	האם הנך צורך או צרכת סמים קעת או בעבר (לילדים החל מגיל 16)? (22) Do you use or have you used drugs presently or in the past? (For children from the age of 16) (22)							
						רקע רפואי Medical Background				לא No	כן Yes	לא No	כן Yes
					1	הינך נוטל/ת או הומלץ לך לטיפול תרופות באופן קבוע או הינך נמצא כעת במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית? (21) Do you take medication regularly or are you under medical care or supervision? (21)							
					2	האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת או עברת ניתוח ו/או יעצו לך לעבור ניתוח? (3) In the last 5 years, were you hospitalized or underwent surgery and/or advised to undergo surgery? (3)							
					3	עברת בדיקה רפואית אבחנתית לרבות בדיקת הדמיה ו/או בדיקה פולשנית ונמצא בה ממצא שהצריך ברור/מעקב רפואי ו/או הנך נמצא/ת כיום במהלך של בדיקות רפואיות אלו שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית בגינך? אם כן אנא פרט וצרף את תוצאות הבדיקות. In the last 5 years, did you undergo a diagnostic medical examination including imaging and/or an intrusive examination and its finding required investigation / medical supervision or are you currently in the process of such medical examination that has yet to be completed and for which there is no final diagnosis? If yes, provide further details and attach the results of the tests.							
					4	האם נקבעה לך נכות ו/או הינך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות או הומלץ לך שימוש באביזר רפואי? (23) אנא פרט וצרף מסמכים Have you been afforded a disabled-person status and/or are you in the process of been afforded disability percentage or have been advised to use medical aids? (23) Please provide further details and attach documents							
					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, סוגי סרטן אחרים), סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אלצהיימר, מחלת פרקינסון? (20) family history: to the best of your knowledge does one of your relatives (father, mother, brother, sister) have the following diseases or he/she have them in the past: heart diseases, stroke, cancer (for example: breast cancer, bowel cancer, ovarian cancer, other cancers), diabetes, polycystic kidneys, multiple sclerosis, muscular dystrophy, alzheimer's disease, parkinson's disease? (20)							



פרטי מועמד ראשי Details of Primary Applicant	מספר זהות Identity Number	שם משפחה Surname	שם פרטי First name

ג. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול לחוד על מבוסח (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

C. Declaration of Health – This declaration shall apply separately to insured adult, to spouses and to each of the insured children-continuation

מועמד ראשי Primary Applicant	בן/בת זוג Spouse		סמן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים) Indicate yes / No – Provide further details when necessary. When answering "yes", please complete the detailed illness questionnaire (number appears in parentheses)				שם ילד 1 name of child 1	שם ילד 2 name of child 2	שם ילד 3 name of child 3	שם ילד 4 name of child 4				
	כן Yes	לא No	כן Yes	לא No	כן Yes	לא No	כן Yes	לא No	כן Yes	לא No				
					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, אספרגר, אוטיזם, קשב ריכוז, הפרעות הרטבה (מעל גיל 5), סחרחורת והתעלפויות. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות? The nervous system, brain and/or developmental disorders: including epilepsy (4), stroke, brain tumor, multiple sclerosis, muscular dystrophy, tremor, Parkinson's disease, paralysis, polio, developmental and/or growth problems, Asperger syndrome, Autism, ADD, Bedwetting (over the age of 5), dizziness and fainting, have you contacted a doctor with complaints relating a decrease in your memory in the last 3 years?								
					2	נפש: לרבות מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה (13) ו/או הפרעות אכילה. Mental: including mental illness diagnosed by a psychologist, psychiatrist or family doctor (13), and/or eating disorders?								
					3	מחלות ממארות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני (24) Malignant diseases, tumors: including benign, cancerous and precancerous tumors (24)								
					4	מערכת ריאות ודרכי נשימה (1): לרבות אסטמה, ו/או ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרת, שחפת. Respiratory and pulmonary systems (1): Including Asthma, and/or bronchitis, COPD (Chronic Obstructive pulmonary disease) emphysema, sarcoidosis, respiratory arrest, cystic fibrosis, recurring pneumonia, tuberculosis.								
					5	מערכת הראיה (11): לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 8, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס. Vision (11): including vision impairment above no. 8, retinal separation, glaucoma (intraocular pressure), cataract, Uveitis, keratoconus.								
					6	מערכת אף אוזן גרון: לרבות פגיעה בשמיעה (12), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טיטנוס, סינוסיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפיס, שקדים, פגיעה במיתרי הקול. Otolaryngology: including auditory damage (12), recurring ear infections, Ménière's disease, Tinnitus, recurring sinusitis, nasal septum deviation, polyps, tonsils, damage to the vocal cords								
					7	מערכת הלב/לחץ דם (2) (28), בלי 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? Cardiovascular System/ Blood Pressure (2) (28), Blood Vessels (14): including high blood pressure, chest pains, heart attack, heart failure, congenital heart defect, arrhythmia, murmur, Valvular heart disease, thrombosis, pulmonary embolism, aortic aneurism, swollen veins pulmonary high blood pressure, arterial sclerosis and /or have you undergone cardiac catheterization								
					8	בקע ומערכת העיכול (6) (29): לרבות בקע/שבר/הרניה מכל סוג שהוא, ריפלוקס (החזר וושטי), קרוהן, קוליטיס, רקטוצולה, הפטיטיס/צהבת, כבד מוגדל או שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בדרכי המרה ו/או כיס מרה, דלקת בלבלב. Hernia and Digestive System (6) (29): Including breach/ fracture/ hernia of any kind, reflux (esophageal reflux), Crohn's disease, Colitis, Rectocele, hepatitis / jaundice, enlarged or fatty liver, cirrhosis, Cholelithiasis, or Gallstones, pancreatic infection								
					9	מערכת כליות ודרכי שתן (15): 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). Urinary / Renal system (15): Including renal insufficiency, polycystic kidney, kidney defect or other defect, stones, vesicoureteral reflux, bladder prolapse, infections, blood and/or protein in the urine, urinary incontinence, enlarged prostate, other prostate problem (16)								
					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/ פרולקטינימה), הפרעות גדילה, הזעת יתר. Metabolic, Hormonal (Endocrinal) Disease: Including diabetes (7), Blood lipids (9), Gout (Gaucher's disease, FMF (18), thyroid (8), parathyroid, pituitary (prolactinoma / prolactinemia growth disorders, hyperhidrosis								
					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) Vascular System, Immune Systems, Infectious Diseases: Including anemia, irregular blood count values, blood clotting disorder, splenomegaly, immune system disorders, (AIDS / carrier chronic fever for more than 3 months (25)								



פרטי מועמד ראשי Details of Primary Applicant	מספר זהות Identity Number	שם משפחה Surname	שם פרטי First name

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

C. Declaration of Health – This declaration shall apply separately to insured adult, to spouses and to each of the insured children-continuation

מועמד ראשי Primary Applicant	בן/בת זוג Spouse		סמן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים) Indicate yes / No – Provide further details when necessary. When answering "yes", please complete the detailed illness questionnaire (number appears in parentheses)				שם ילד 1 name of child 1	שם ילד 2 name of child 2	שם ילד 3 name of child 3	שם ילד 4 name of child 4
	כן Yes	לא No	כן Yes	לא No	כן Yes	לא No	כן Yes	לא No	כן Yes	לא No
			פרוט המחלות לפי מערכות - האם אצל משהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חייהם מומים/מחלות/הפרעות באחת או יותר מהמערכות הבאות? Details of illnesses by system – have any of the applicants been diagnosed over the course of their lives with deformities / illnesses / disorders in one or more of the following systems							
					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 שגרנית, לופוס, פיברומיאליגיה, תסמונת התשישות הכרונית, סקלרודרמה. Skeletal System, Muscles, Joints (19) Arthritis (17) Knee problems: Including fracture dislocation, tendonitis / ligament damage, back pain (5), vertebrae problems, Ankylosing Spondylitis, Osteoporosis, Perthes disease, osteoarthritis, Rheumatoid arthritis, lupus fibromyalgia, Chronic Fatigue Syndrome, scleroderma					
					13 מערכת עור ומין: לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/ קונדילומה (26) Skin and Sex Systems: Including psoriasis, pemphigus, eczema, scarring, skin affliction and/or tumor, inflammatory skin disease, papilloma / Condyloma (26)					
					14 מערכת הרבייה לכל המועמדים לביטוח - לילדים החל מגיל 12 (27): נשים: בעיות גניקולוגיות ו/או פריון, הפלות חוזרות, הגדלה או הקטנה של השדדים, ניתוחים קיסריים בעבר ו/או נמצאת כיום בהריון. גברים: הגדלה של בלוטת הערמונית ו/או בעיות בפריון. (Reproductive Systems for all applicants (27) (For children from the age of 12 Female: gynecological and/or fertility problems, recurring miscarriage, breast enlargement or reduction, past caesarean sections and/or currently pregnant Men: Prostate Enlargement and/or fertility problems					
					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 ניידות 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. Do you presently receive and/or did you receive a Long-Term Care Benefit from National Insurance Institute or from another institution and/or suffer from repeated falls, or limited in the performance of one of the following activities: eating, drinking, bathing, taking a shower, dressing undressing, standing up, lying down, fecal or urinary continence, mobility, or walking and/or use – an aid or the help of another person in the performance of these activities. (excluding a child whenever the disability is natural in view of his age) please provide further details and attach documentation					

הערות / Notes:





פרטי מועמד ראשי Details of Primary Applicant	מספר זהות Identity Number	שם משפחה Surname	שם פרטי First name

D. Waiver of Medical Confidentiality

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 שתירשש 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 מחלותי 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 עובדיו 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.

I the undersigned, grant permission to the health fund or any other body or institution and/or its other medical employees and/or its medical institutions and/or its branches, as well as to all of the physicians, medical institutions, laboratories and other hospitals, mental health clinics, the National Insurance Institute, insurance companies, pension funds, the IDF and the Ministry of Defense, Ministry of Health, district health offices, the Population Authority and the Ministry of the Interior, to provide Migdal Insurance Company Ltd. And/or Migdal Makefet Pension funds and Provident Funds Ltd hereinafter the "petitioner", with all of the details without exception and in the manner requested by the Petitioner regarding the state of my health and/or any illness that I had in the past and/or presently having and/or will have in the future, as well as any finding and diagnosis in your possession relating to my medical situation. I release all aforementioned body or institution or individuals from the obligation to maintain confidentiality with regard to the state of my health and/or my illnesses as aforementioned, and I shall not have any argumentation or claim of any kind against anyone thusly providing this information. I also empower the Petitioner to collect all information it may deem important regarding my health, inasmuch as it is needed for the purpose of sorting the rights and obligations due to me per the insurance plans. **Information will be used done only for the purposes of insurance enrollment and settlement of claims.** This waiver shall bind me, my estate or those legally empowered by me or anyone who comes in my stead, this request shall also apply with respect to the Privacy Protection Law 1981 and to all medical or other information found in the databases of all of the aforementioned bodies or institutes.

תאריך Date	חתימת מועמד ראשי /נציג מועמדים עד גיל 18 Signature of Primary Applicant Representative of applicants under the age of 18 *	חתימת בן/בת זוג Signature of Spouse *
עד לחתימה Witness to Signature	שם סוכן Agent Name	חתימת סוכן Signature of Agent *

E. Declarations (Mark X if relevant):

ה. הצהרות (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי)

We the undersigned request to be insured pursuant to the terms of the insurance selected in this health application form after founding it/them to be suitable for our needs and based on the contents to this health application form we declare and undertake the following:

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 לחוזה הביטוח המבוקש כחלק בלתי נפרד הימנו וכן לצורך הוצאת פוליסות, גביית תשלומים בגין, 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.
- 1. Declaration regarding information provided in the health application form:** I acknowledge that the answers I provided within the framework of this health application form are correct and complete and they shall serve as a basis for the requested insurance contract constituting an integral part thereof as well as for the purpose of issuing policies, collection of related fees, payment of insurance benefits and execution of related actions. Incomplete or dishonest answer may lead to the cancellation of the policy and / or to the payment of reduced insurance benefits or the denial of the right to receive insurance benefits.
- 2. 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 סימונו תודיע 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 תחשבנה כחלק מהצעה. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
- 2. Enrollment:** I acknowledge that the consent of the company to enroll the applicant to the insurance plans is dependent, inter alia, on an underwriting process according to which the company evaluates the insurance risk based on the actuarial data, statistical data, medical data, or any other relevant information, considering the company's underwriting policy, and only upon the completion of the process I will be notified whether the health application form is accepted or rejected. Within the framework of the underwriting process, if I will be so required by the company, I undertake to undergo a medical examination by the company's physicians and the answers provided by me to the company's physicians shall be considered as part of my health application form. The insurance commencement date is the date specified on the Insurance Specification Sheet.
- 3. ידוע לי כי החברה לא יכולה להתנות ביטול תכנית אחת באחרת, אלא במקרה של ביטול תכנית/יות נוספת/ות המצורפות כנספח לתכנית יסודית שבוטלה או במקרה של ביטול כל התכניות היסודיות לרוכשים השתלות ו/או תרופות. ביטול תכנית יסודית אחת עשויה לגרום לביטול הנחה שניתנה בתכנית/יות יסודית/יות אחרת.**
- 3. I acknowledge that the company may not make the cancellation of one plan conditional on another, save for the cancellation of a supplemental plan attached as an endorsement to a cancelled basic plan or the cancellation of all basic plans for those purchasing transplants and/or medications. The cancellation of one basic plan could may lead to the cancellation of a discount given for an/other basic plan(s).**
- 4. 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.**
- 4. I acknowledge, consent and confirm that the coverage under the plan is determined according to the full terms of the policy and may be subject to a qualification period and/or exclusion due to a pre-existing medical condition as defined in Control of Insurance Business Regulations (Conditions in Insurance Contracts) Provisions regarding a Pre-existing Medical Condition, 2004.**



0115811700611011222

עמוד 6 מתוך 13

Document Code:1581/128

Migdal Insurance Company

פרטי מועמד ראשי Details of Primary Applicant	מספר זהות Identity Number	שם משפחה Surname	שם פרטי First name

E. Declarations (Mark X if relevant) – continuation ה. הצהרות (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי) - המשך

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.

5. Enrollment Procedure: I acknowledge that where some of the applicants are found eligible while other applicants are required to continue a process of verification of terms, underwriting and enrollment, the eligible applicants shall be enrolled. The status of the remaining applicants will be reviewed only at the end of the underwriting process.

I am interested in this separation option. אני מעוניין באפשרות פיצול זו.

6. היתו של הנציג/מבוטח ראשי שלוח 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.

6. Representation/Primary Insured of Applicants: I/we confirm that the Representative is my/our delegate for all matters concerning this policy, including concerning notifications on the cancellation of the policy. Whenever there is a different address of a spouse the Disclosure Specification Sheet and the Annual Report will be sent to the spouse to the address that was noted. For information about the insurance products on harhabituach, you can change or add an adult name for identification on the company's website and in the personal area

7. לתכניות מסוג הוצאות רפואיות ומחלות קשות: תקופת הביטוח הינה נקובת 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.

7. For Medical Expenses and Serious Illnesses plans: The insurance period is as specified in the Insurance Specification Sheet. Renewal of the policy on the 1.6.2018 and in the consequent two years will be in accordance with the legislative framework, under the same terms or under different terms at a premium to be determined by the company at the time of the renewal.

8. למבקשים להצטרף לביטוח ניתוח משלים לשב"ן - סמן X ב-
8. Applicants who wish to be enrolled in the Shaban complementary surgery insurance - check X in

ידוע לי ואני מאשר ומצהיר כי:
 I acknowledge and declare that:

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 הוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין הוצאות 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.

A. The coverage for operation pursuant to the policy is supplemental, in accordance to which, insurance benefits will be paid for surgeries covered by the policy whose costs exceed the participation of Shaban (additional health services provided by the Health funds), namely, the company (insurer) will pay the difference between the actual surgery cost covered by the policy and the expenses reimbursed by Shaban, up to the maximum amount specified by the policy. The coverage applies to surgeries by service providers under agreement with the company.

B. To realize coverage for a surgery, the applicant must contact the health fund to realize his rights pursuant to Shaban as well as the company to realize his rights pursuant to the policy.

C. The premium for this plan is lower than insurance premiums for plans covering "from the first Shekel on" (MeHashekel Harishon - a plan in which insurance benefits are paid irrespective of the rights under Shaban).

D. Upon termination of Shaban membership, the applicant may contact the company and request a coverage "from the first shekel on" (MeHashekel Harishon) within 60 days of notice from the health fund.

9. 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

לידיעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

9. On-line Database of Insurance Products
 Based on data provided by us, The Capital Market, Insurance and Savings Authority ("the Authority") in the Ministry of Finance has established a secure website allowing you to view all your insurance products in all insurance companies in Israel. If you wish that we refrain from providing such data, please contact our company. For your convenience, you can complete a request for the removal of your information via a digital form on our company's website at www.migdal.co.il

Please note that once we refrain to provide the data you will be prevented from viewing consolidated information pertaining to your insurance products in all insurance companies in Israel on the aforementioned website.

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 ופיננסים בע"מ ו/או מי מטעמנו, 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 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.

10. Declarations and Approvals pursuant to the Law governing privacy
 I confirm that the information I provided in this document as well as any future information I will provide, was provided freely and willfully, and I have no legal obligation to provide the information. I know that the information will be retained in the Databases of Migdal Insurance Company Ltd. as well as by bodies or institutes controlled by Migdal Holdings Insurance and Finances Ltd. and/or anyone on their behalf, and may be used for any matter relating to management, operation and ongoing service of policies/plans/products in my name, segmentation and statistical analysis, direct mailing, contact, additional services and compliance with legal obligations. I agree that the information and documents I provided And I will deliver



פרטי מועמד ראשי Details of Primary Applicant	מספר זהות Identity Number	שם משפחה Surname	שם פרטי First name

E. Declarations (Mark X if relevant) – continuation
ה. הצהרות (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי) - המשך

will be transferred to third parties Including those who are abroad For the purposes of the above purposes Such as: for insurance agents, licensees, reinsurers, employers, Admiring factors, suppliers, Subcontractors and business partners Including to other entities in the event of a change in corporate structure or the sale of the Group's business.. The Migdal Insurance Company Privacy Policy is available to you on the website <https://www.migdal.co.il> or in the company's application.

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

11. **Capital Market Authority, insurance and Savings publishes a comparison of insurance premiums for covering:** in israel/ transplants/ surgeries medications, in the various insurance companies in Israel and the index reflecting Their service level.

You can enter calculator to compare health insurance and the insurance company Service index on the site of the Insurance Capital Market authority and the savings address: www.mof.gov.il.

12. I received substantial information regarding the insurance, including a description of the main points of the insurance cover, the premium and the insurance period. And I was informed and was given the results of the matching process including the differences between the insurance policies that were suggested to me as well as the insurance premium, the policy terms, the company's service, or any other reason why I was advised to join this particular policy.

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. Existing relevant policy(ies):
13. פוליסה/ות קיימת/ות בביטוח רלוונטי:

	ראשי Primary		בן/בת זוג Spouse		ילדים Children		
	לא No	כן Yes	לא No	כן Yes	לא No	כן Yes	
A. Do you have an existing relevant insurance policy relating to the requested plan/s? If the answer to question A is yes ↴	<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" ↴
B. Do you intend to cancel or reduce the scope of coverage of the existing policy/s? If the answer to question B is yes ↴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ב. האם בכונתך לבטל או להקטין את היקף הכיסוי בפוליסה/ות הקיימת/ות? אם התשובה לשאלה ב' היא "כן" ↴
C. I would like that a request for cancellation will be sent to the insuring company of the current policy: <input type="checkbox"/> by me <input type="checkbox"/> by the insurance agent. Submit a signed cancellation request (form 305) to your insurance broker. <input type="checkbox"/> By Migdal Insurance Company – in the case of cancellation by Migdal, please attach a Cancellation Request Form no. 305 and specify the name of the insurance company of the existing policy: _____							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 תתום. על ידי חברת הביטוח מגדל - במקרה של ביטול על ידי מגדל יש לצרף טופס בקשת ביטול מס' 305 ולציין את שם חברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת:
D. I confirm that I have been informed of the results of the matching process including the details of the improvements of the policy terms, or the service, or any other reason why I was advised to switch policies <input type="checkbox"/>							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.



פרטי מועמד ראשי Details of Primary Applicant	מספר זהות Identity Number	שם משפחה Surname	שם פרטי First name

E. Declarations (Mark X if relevant) – continuation
ה. הצהרות (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי) - המשך

- 14 **Cancellation of qualification period when canceling a health policy in another company and purchasing a health policy in Migdal Insurance Company Ltd:**
- A. Cancellation of a qualifying period will apply only to the overlapping coverages between the previous policy that is being canceled and the new policy, except in any case insurance related to pregnancy and childbirth for which a shortened qualifying period of 6 months will apply.
- B. A qualification period will not be canceled in an ambulatory supplement and/or service documents if they were purchased by the insured in Migdal Insurance Company Ltd in the case of purchasing a Medications not included in the healthcare basket plan, or transplants, without additional basic insurance plans or serious illnesses (Mazor for cancer and/or extended Mazor) for an insurance amount that does not exceed on 100,000 NIS.
- C. When submitting a claim for insurance benefits, I will be required to present documents regarding the canceled policy (insurance details page and details of payments) and that if I do not do so, I will be subject to a full qualification period.
- D. For the avoidance of doubt, it will be clarified that the qualification period as specified in the policy conditions will apply for coverages and insurance amounts that do not overlap and/or did not exist between the canceled policy and the new policy at Migdal Insurance Company Ltd. and there is no change in the policy conditions/exceptions, including an existing medical condition exception.

- 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 תבטל 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.

תאריך Date	<input type="text"/>	חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18 Signature of Primary Applicant/ Representative of applicants under the age of 18 *	<input type="text"/>	חתימת בן/בת זוג Signature of Spouse *	<input type="text"/>
---------------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------

F. Consent to pre-conditions - I agree and confirm in advance: 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 1. Purchase of the requested plan(s) even when as a result of the underwriting process a payment of an underwriting premium up to 100% is required due to
2. בכיסוי לניתוחים ולטיפולים מחליפי ניתוח בארץ ו/או בחו"ל (אם נרכש) לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ו/או הנובע מ: 2. The coverage of surgeries and surgery-replacing treatments in Israel and / or abroad (whenever purchased), shall not include any insurance event related to and / or arising from:
- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> דליות ברגליים
Varicose veins on feet | <input type="checkbox"/> ניתוח קיסרי וסיבוכיו
caesarean section and its complications | <input type="checkbox"/> בקע
hernia | <input type="checkbox"/> טחורים
hemorrhoid | <input type="checkbox"/> פיסורה
fissure |
| <input type="checkbox"/> יתר פעילות בלוטת התריס
hyperthyroidism | <input type="checkbox"/> קטרקט
cataract | <input type="checkbox"/> גלאוקומה
glaucoma | <input type="checkbox"/> קרטקונוס
keratoconus | <input type="checkbox"/> אבנים בכליות ודרכי השתן
urolithiasis |
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 בהחרגות 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. 3. I acknowledge that the company may determine different underwriting terms and / or make my enrollment in the requested plan(s) conditional on a higher medical supplement and / or on different and / or additional exclusions due to my health, in such event, I will be notified at the end of the underwriting process.
- In the event that this consent is not signed by the applicant and special terms will be determined, a Conditions Approval Form to be signed by the applicant will be sent at the end of the underwriting process, as a condition for the production of the policy.

תאריך Date	<input type="text"/>	חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18 Signature of Primary Applicant/ Representative of applicants under the age of 18 *	<input type="text"/>	חתימת בן/בת זוג Signature of Spouse *	<input type="text"/>
---------------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------



פרטי מועמד ראשי Details of Primary Applicant	מספר זהות Identity Number	שם משפחה Surname	שם פרטי First name

ז. אישור המועמדים להצטרפות לתכנית נוספת המעניקה פיצוי למקרה ביטוח דומה G. Applicant/s Consent to Enroll in an Additional Migdal Plan Compensating a Similar Insured Event

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.

This statement is relevant to the following plans: serious illnesses.

I approve my enrollment, within the framework of the requested plan, even though there are any other policy with Migdal or with any other insurance company which provides compensation for a similar insurance event, and I acknowledge that in such case I will be charged insurance premiums for both policies.

This consent shall also apply in the event of an increase in insurance premium and / or the purchase of additional coverage in an existing policy with the company.

תאריך
Date

חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18
Signature of Primary Applicant/
Representative of applicants under
the age of 18 ★

חתימת בן/בת זוג
Signature of
Spouse ★

אין באמור בכדי להוות אישור החברה על ביטוח קיים בתוקף במגדל.
The aforementioned does not constitute a confirmation of valid existing insurance by the company

ח. הסכמה לפניות שיווקיות H. Consent to Receive Marketing Promotions

I agree אני מסכים

I do not agree אני לא מסכים

that the information may be used by the Migdal Insurance Company Ltd. and/or members of the Migdal Group and/or one on their behalf, for the purpose of marketing and direct mailing of insurance coverage and products and/or pension, financial and other services and offers for their purchase, via, inter alia, facsimile, electronic mail, SMS, automated dialing or any other means of communication. I acknowledge that at any time I may revoke my consent and request to be removed from the marketing mailing list by contacting the insurance agent or Migdal website or the company customer service center at telephone 03-9201010, or via email: mokedbi@migdal.co.il.

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

תאריך
Date

חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18
Signature of Primary Applicant/
Representative of applicants under
the age of 18 ★

חתימת בן/בת זוג
Signature of
Spouse ★

ט. הצהרות הסוכן - אני מאשר כי: I. Agent Declaration:

- 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-ידים 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/נו, 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 ואף מסרתי לו תמצית כתובה של עיקרי הכיסוי הביטוחי על פי הנוסח הקבוע בחוזר צירוף לביטוח, בדואר /באמצעי דיגיטלי בהתאם לבחירת המועמד לביטוח כמו כן, הצגתי 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 הראשונית/עיקרי הכיסוי הביטוחי.



פרטי מועמד ראשי Details of Primary Applicant	מספר זהות Identity Number	שם משפחה Surname	שם פרטי First name

I. Agent Declaration:

ט. הצהרות הסוכן - אני מאשר כי:

6. הריני מצהיר כי תיעדתי את הליך ההתאמה ותוצאותיו.

I confirm that as part of the procedure for selling the listed products in this form I complied with the instructions of all the commissioner in according with the insurance attachment circular including this:

- I asked the undersigned all of the questions in this health application form, the answers are as provided by them to me and after I presented them with the Disclosure Form they signed above.
- I investigated the applicant's needs for insurance in accordance with the instructions set forth by the Supervisor of Insurance regarding insurance signup in its Circular regarding insurance enrollment and, after reviewing the list of the applicant's insurance products using, (at least), the designated website of the Capital Market, Insurance and Saving Authority), I offered the applicant the plan(s) that is (are) best suited for his / her needs. In so far as a compensating plan has been offered, I verified that the applicant has no valid policy concerning a similar insured event, alternatively, the applicant has confirmed, as specified in section G above his / her enrollment To the requested plan.
- I here by declare that I displayed and delivered to the candidate for insurance the the results of the matching process including the differences between the insurance policies that were suggested to him as well as the insurance premium, the policy terms, the company's service, or any other reason because of I recommended to the candidate for the insurance to enroll to the requested policy. In case of replacing an existing policy, I displayed to the candidate for insurance also the improvements of the policy terms or the service or any other reason because of I recommended to the insured to undergo to another policy.
- I here by declare that I informed the candidate for insurance about the companies from which I am getting Brokerage fees in the last calendar year above 40% screen of all commission fees that i am getting for all the products from the same insurance industry and that I am marketing mostly those companies. In addition I mentioned to the candidate for insurance the number of all the companies which are marketing the the insurance product offered to him.
- Statements of the agent in initiated marketing that are not made during a physucal meeting, to an insured who is a senior citizen (age of 67or older) I declare that:
 - During the calendar year,I received training to provide a service to a senior citizen as required by the Insurance attachment circular.
 - I carried out the marketing process in two stages .In the first stage I presented to the insurance applicant the main points of the insurance coverage of the products marketed to him.
I also suggested too the insurance applicant to consult with a relative or other person regarding the purchase of the proposal insurance.
 - In the second level continuation and termination of the marketing procedure was carried out by after at least 2 days from the date of submission of the offer .
- I here by declare that I documented the matching process and its results.

תאריך
dateחותמת הסוכנות
Agency Signature ★חתימת הסוכן
Agent's Signature ★



פרטי מועמד ראשי Details of Primary Applicant	מספר זהות Identity Number	שם משפחה Surname	שם פרטי First name

This form is for women and men alike
Please fill out the form with a pen only and not with a pencil

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

Insurance Premium Standing Order Form

טופס הוראת תשלום דמי הביטוח

Form number **599** מספר טופס

Please choose one of the following methods of payment :

יש לבחור באחד מאמצעי הגבייה שלהלן:

תשלום בכרטיס אשראי

Payment by Credit card

Credit card – (select the correct card type):

ויזה Visa
 ישראלרטי Isracard
 דיינרס Diners
 אמריקן אקספרס American Express
 לאומי קארד Leumi Card

מספר הכרטיס	תוקף הכרטיס	שם בעל הכרטיס	מספר זהות בעל הכרטיס

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסות ביטוח חיים / בריאות. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה 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 שיופק 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.

I hereby confirm, that I wish to pay the amounts due by me for life / health policy. This payment order form was signed by me without specifying the number of payments and their sums as I gave permission to Migdal Insurance Company Ltd. to transfer to the credit card company debits from time to time by standing order as will be specified by the insurance company and conveyed to the credit card company. I consent that this arrangement will be valid as long as I do not provide written notice to the insurance company at least 30 days prior to the end of the arrangement. I acknowledge that this permission will be valid for a card issued to replace the card noted in this form notwithstanding its different number.

I acknowledge that the arrangement of the aforementioned payment is conditional on an authorization from the credit card company regarding every debit conveyed by the credit card company.

אם המשלם אינו מועמד לביטוח יש לפרט את מהות הקשר בינו לבין המועמד/ים לביטוח
If the payer is not an applicant for insurance please specify the nature of his relationship with the applicant

אחר (טופס זיקה) other (affiliation form)
 בני זוג spouse
 סבא/סבתא grandfather/grandmother/
 אח/אחות Sister/brother
 הורים parents

* אם סומן "אחר" יש לצרף טופס זיקה מס' 58.
*If otherwise marked, an affiliation form No.58 must be attached

תאריך Date
 חתימת בעלי החשבון
 Signature of Account owner(s)

תשלום בהוראת קבע

Payment by Standing order

שם הבנק Name of Bank	מספר סניף Branch Number	מספר בנק Bank Number	יישוב Place	כתובת הסניף (רחוב) Branch address (street)	מספר בית House number	ת"ד P.O.B	מיקוד Postal Code

מספר חשבון בנק Bank account number	סוג חשבון Account type	קוד מוסד Institutional Code	מספר פוליסה / תכנית Policy / Plan Number
		00602	

הרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות
General permission with no limitations

הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות:
 Permission including at least one of the following limitations:
 תקרת סכום החיוב
 Maximum sum for debit _____ NIS/₪
 מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום
 Permission expiry date _____

(אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח הם יוחזרו ע"י הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך)
(debits issued notwithstanding the limitations established by the customer will be refused by the bank, with all the implications involved)

לתשומת לבכם - אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות
Please note – in the absence of any of the above indications, the order is a general permission with no limitations

I (We) the undersigned (account holder as appear in the bank records):

מספר זהות / ח"פ Identity / Priv. Corp Number	שם משפחה / שם חברה Surname / Corporation Name	שם פרטי First Name	יישוב Place	כתובת מגורים (רחוב) Residence (street)	מספר בית House number	ת"ד P.O.B	מיקוד Postal Code



פרטי מועמד ראשי Details of Primary Applicant	מספר זהות Identity Number	שם משפחה Surname	שם פרטי First name

תשלום בהוראת קבע - המשך

Payment by Standing order – continuation

<p>1. Hereby give an order to establish a standing order in our accounts for the sums and dates to be presented to you from time to time through the beneficiary code, subject to the limitations indicated above (inasmuch as indicated).</p> <p>2. Furthermore, the following provisions shall apply:</p> <p>a. We must receive from the beneficiary the details required to complete the request to establish the standing order.</p> <p>b. This order can be revoked by notice from me/us in writing to the bank that shall become valid one business day after the giving of notice to the bank as well as pursuant to any legal provision.</p> <p>c. I (We) may cancel a specific debit provided that such notice is provided by us to the bank no later than 3 business days after the debit date. Inasmuch as the notice of cancellation is provided after the debit date, the account will be credited at the value on the date of cancellation.</p> <p>d. I (We) may demand from the bank in writing to cancel a debit whenever it is incompatible with the expiry date specified in the permission or the sums specified in the permission inasmuch as indicated.</p> <p>3. The bank shall not be held liable for the transaction between me (us) and the beneficiary.</p> <p>4. A permission that is not used for a period 24 months from the last debit date is hereby revoked.</p> <p>5. The bank shall act according to the provisions of this permission, subject to the provisions of any law and my (our) agreement with the bank.</p> <p>6. The bank may, on reasonable grounds, remove me from the arrangement set forth in this standing order and shall thusly notify me (us) immediately after making its decision while specifying its grounds for its decision.</p> <p>7. I (we) consent that this order will be submitted to the Bank by the Beneficiary.</p>	<p>1. נותן/נים לכם בזה הוראה להקים בחשבוננו הנ"ל הרשאה לחיוב חשבוננו, 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).</p> <p>2. כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:</p> <p>א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.</p> <p>ב. 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.</p> <p>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, היכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.</p> <p>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.</p> <p>3. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.</p> <p>4. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.</p> <p>5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.</p> <p>6. הבנק רשאי להוציאנו/ו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.</p> <p>7. אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.</p>
---	---

פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבע מעת לעת ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ פ"ת תנאי הפוליסה/ות / התכנית/ות ותוספותיה/ן.
 Authorization information : The amount and date of debit will be determined from time to time by Migdal Insurance Company Ltd. according to the terms of the policy(ies) /plan(s) / addition(s)

תאריך Date	חתימת בעלי החשבון Signature of Account holder/s
---------------	--

אישור הבנק לכבוד מגדל חברה לביטוח בע"מ ת.ד. 3063 פ"ת מיקוד 4951106
 Bank Permission to Migdal Insurance Company Ltd. P.O.B. 3063 PT Postal code 4951106

We received instructions from _____ קיבלנו הוראות מ- _____
 to honor debits for sums and at dates that will appear by magnetic means or in lists to be presented by you from time to time in which your account number is to be specified in accordance with the provision of the standing order. We duly noted the instructions and will act accordingly as long as the status of the account allows us to do so: as long as there is no legal and/or other obstacle to their execution, as long as no written order of cancellation by the account owners has been received or as long as the account owner were not removed from the arrangement. This confirmation shall not affect your obligations towards us as per the Indemnity Letter you signed.
 לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/ם 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 הוצאו/ בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

מספר חשבון בנק Bank account number	סוג חשבון Account type	קוד מוסד Clearing House Code	קוד מסלקה Institutional Code	מספר פוליסה / תכנית Policy / Plan Number
		בנק Bank	0 0 6 0 2	
		סניף Branch		

תאריך Date	בנק וסניף Bank and Branch	חתימה וחומת הסניף Stamp and Signature of Branch
---------------	------------------------------	--

