



מספר הסכמ

המועד המבוקש להתחלת הביטוח\*

01/

\* מועד תחילת הכיסוי יקבע לפי המאוחר מבין:  
תאריך החתימה על ההצעה או תאריך  
הביטוח הרשום לעיל.  
הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע  
בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת הביטוח.

## הצעה לביטוח למקרה פטירה לבני זוג - מכירה טלפונית מוקלטת

מיועד לרכישת ביטוח למקרה פטירה לסכומי ביטוח בתכנית אור 1

שלא יעלה על 2,000,000 ש"ח או בתכנית מגדל הכנסה למשפחה בסכום שלא יעלה על 2,500,000 ש"ח יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

טופס מספר **3062**

מובהר בזאת כי כל המונחים בהצעה להלן יפורשו כהגדרתם בתנאים הכלליים של הפוליסה. בכל מקום בהצעה שקיימת התייחסות לגיל המבוטח הכוונה לגיל הביטוחי כהגדרתו בתנאים הכלליים של הפוליסה.

- יש ליידע את המבוטחים שהשיחה ותשובותיהם מוקלטות.
- במידה וקיימים שני מועמדים לביטוח יש לעבור על כל הטופס ולמלא את הפרטים עם כל אחד מהמועמדים לביטוח בנפרד.

### א. פרטי המועמדים לביטוח ולבעלות על הפוליסה

פרטי המועמד לביטוח

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד
					מספר טלפון
מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני				
	אני מבקש לקבל הודעות ומסמכים מטעם החברה (לרבות: דוח שנתי מקוצר, דף פרטי ביטוח, תנאי הפוליסה וגילוי נאות) באחד האמצעים שלהלן:				
מקצוע	<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני				
	<input type="checkbox"/> הודעת טקסט (מסרון)				
	<input type="checkbox"/> דואר				

במקרה בו לא סומנה בחירה לעיל, ישלחו המסמכים באמצעות מסרון או דוא"ל של המבוטח הראשי ע"פ הרשום לעיל.

פרטי המועמד השני (בן/בת זוג)

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד
					מספר טלפון
מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני				
	אני מבקש לקבל הודעות ומסמכים מטעם החברה (לרבות: דוח שנתי מקוצר, דף פרטי ביטוח, תנאי הפוליסה וגילוי נאות) באחד האמצעים שלהלן:				
מקצוע	<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני				
	<input type="checkbox"/> הודעת טקסט (מסרון)				
	<input type="checkbox"/> דואר				

במקרה בו לא סומנה בחירה לעיל, ישלחו המסמכים באמצעות מסרון או דוא"ל של המבוטח הראשי ע"פ הרשום לעיל.

### ב. תוכנית הביטוח \*

מועד לביטוח	מועד שני לביטוח (בן/בת זוג)
כיסוי יסודי למקרה מוות (לכל מבוטח תרכש פוליסה)	
אור *1 סכום הביטוח** ש"ח _____ גיל תום תקופת הביטוח 75 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/>	אור *1 סכום הביטוח** ש"ח _____ גיל תום תקופת הביטוח 75 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/>
ריסק MAX *** סכום ביטוח ש"ח _____ גיל תום ביטוח 67. גיל כניסה מקסימלי 46.	ריסק MAX *** סכום ביטוח ש"ח _____ גיל תום ביטוח 67. גיל כניסה מקסימלי 46.
תשלום מחצית מסכום הביטוח במקרה מחלה חשוכת מרפא תום הביטוח לכיסוי זה יהיה 12 חודשים לפני מועד הסיום של הכיסוי אור 1 /ריסק max	תשלום מחצית מסכום הביטוח במקרה מחלה חשוכת מרפא תום הביטוח לכיסוי זה יהיה 12 חודשים לפני מועד הסיום של הכיסוי אור 1 /ריסק max

\* אם לא יסומן גיל ביטוחי בתום תקופת הביטוח המבקש, ברירת המחלל תהיה לגיל 67 (הגיל כהגדרתו בתנאי הפוליסה).

\*\* סכומי הביטוח צמודים למדד.

\*\*\* ריסק מקס – תום ביטוח גיל 67 בלבד סכום ביטוח מינימאלי 750,000 ₪.

(מהדורה 10.2022)



0175430620105061022

עמוד 1 מתוך 6

קוד מסמך: 112/754

### ג. מגדל הכנסה למשפחה - יירכש בפוליסה נפרדת

מועמד לביטוח			
גיל תום הביטוח	מספר תשלומים לתשלום במקרה פטירה	*סכום התשלום החודשי במקרה פטירה	אופן התשלום במקרה פטירה
_____ גיל תום הביטוח <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> אחר**	_____ מספר תשלומים לתשלום במקרה פטירה <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240	_____ *סכום התשלום החודשי במקרה פטירה <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240	<input type="checkbox"/> מספר תשלומים קבוע
_____ גיל תום הביטוח <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> אחר**	_____ מספר תשלומים לתשלום במקרה פטירה <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240	_____ *סכום התשלום החודשי במקרה פטירה <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240	
_____ גיל תום הביטוח <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> אחר**	_____ מספר תשלומים לתשלום במקרה פטירה <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240	_____ *סכום התשלום החודשי במקרה פטירה <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240	
_____ גיל תום הביטוח <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> אחר***	עד גיל תום הביטוח המבוקש	_____ *סכום התשלום החודשי במקרה פטירה <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240	<input type="checkbox"/> תשלום עד גיל תום הביטוח המבוקש
מועמד שני לביטוח			
גיל תום הביטוח	מספר תשלומים לתשלום במקרה פטירה	*סכום התשלום החודשי במקרה פטירה	אופן התשלום במקרה פטירה
_____ גיל תום הביטוח <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> אחר**	_____ מספר תשלומים לתשלום במקרה פטירה <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240	_____ *סכום התשלום החודשי במקרה פטירה <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240	<input type="checkbox"/> מספר תשלומים קבוע
_____ גיל תום הביטוח <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> אחר**	_____ מספר תשלומים לתשלום במקרה פטירה <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240	_____ *סכום התשלום החודשי במקרה פטירה <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240	
_____ גיל תום הביטוח <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> אחר**	_____ מספר תשלומים לתשלום במקרה פטירה <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240	_____ *סכום התשלום החודשי במקרה פטירה <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240	
_____ גיל תום הביטוח <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> אחר***	עד גיל תום הביטוח המבוקש	_____ *סכום התשלום החודשי במקרה פטירה <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240	<input type="checkbox"/> תשלום עד גיל תום הביטוח המבוקש

\* סכום הביטוח לתשלום חודשי מינימלי הינו 500 ₪. הסכום המבוקש יחולק בין המוטבים כפי שירשמו בסעיף המוטבים.  
 \* סכום הביטוח צמוד למדד עד מות המבוטח. החל ממועד זה ישולם סכום התשלום החודשי למוטבים כשהוא צמוד לתוצאות ההשקעות במסלול ההשקעה וכמוגדר בתנאי הפוליסה.  
 \*\* מינימום 10 שנות ביטוח, מוגבל לגיל תום ביטוח 75.  
 \*\*\* מינימום 10 שנות ביטוח, מוגבל לגיל תום ביטוח 85.

### ד. אופן התשלום והגבייה

<input type="checkbox"/> חודשי (באמצעות הוראת קבי או כרטיס אשראי בלבד)	אופן גבייה
לתשומת לבכם: הוראה לחיוב חשבון, אשר מוגבלת במועד או בתקרת סכום, אינה מתאימה למוצרי ביטוח/פנסיה/גמל ולכן חברתנו מאפשרת לקבל הוראות בעלות הרשאה כללית בלבד.	
<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי - יש למלא טופס "הוראה לחיוב חשבון" (מצ"ב).	אמצעי גבייה
<input type="checkbox"/> הוראת קבע - יש למלא טופס "הוראה לחיוב חשבון" (מצ"ב).	

### ה. מינוי מוטבים – במות המבוטח (מינוי מוטבים יחול לגבי כל הפוליסות ששולבו בהצעה זו)

מועמד לביטוח	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למבוטח	החלק היחסי (%) בתגמולי הביטוח
מועמד שני לביטוח (בן/בת זוג)	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למבוטח	החלק היחסי (%) בתגמולי הביטוח

(מהדורה 10.2022)



## 1. הצהרות המבוטח (מקוצר): יש להקריא הצהרה זו למועמד לביטוח בטלפון

אני מבקש לבטח אותי בהתאם לתנאי תכנית/תוכניות הביטוח שנבחרה/נבחרו בהצעה זו, לאחר שמצאתי אותה/אותן מותאמות לצרכי ובהסתמך על האמור בהצעה זו אני מצהיר ומתחייב כלהלן:

בהסכמתך לעריכת הביטוח הנך מצהיר, מתחייב ומסכים, להצהרות שלהלן:

- כל התשובות והמידע שמסרת ותמסור בהצעה ובהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, וישמשו בסיס לעריכת הביטוח ויהוו חלק מהפוליסה. וככל שלא תעשה כן, עשויה להיות לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח
- הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות:** אני מאשר שהמידע שמסרת במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתך, 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 שמסרת 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.
- תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח
- הסכמה לפניות שיווקיות יש להקריא הצהרה זו למועמד לביטוח:**

### מועמד א'

אני מסכים /  לא מסכים כי המידע ישמש את החברה ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לצורך שיווק ודיוור ישיר ולפנייה בהצעה לרכישתם, של מוצרים ושירותים מקבוצת מגדל בכל אמצעי תקשורת 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 בטלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני [mokedbi@migdal.co.il](mailto:mokedbi@migdal.co.il).

### מועמד ב'

אני מסכים /  לא מסכים כי המידע ישמש את החברה ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לצורך שיווק ודיוור ישיר ולפנייה בהצעה לרכישתם, של מוצרים ושירותים מקבוצת מגדל בכל אמצעי תקשורת 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 בטלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני [mokedbi@migdal.co.il](mailto:mokedbi@migdal.co.il).

5. **איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי לתשומת ליבך,** רשות שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר 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)

6. **אישור המועמדים להצטרפות לתכנית נוספת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה** הנני מבקש להצטרף לתכנית המבוקשת על אף שיש בידי פוליסה קיימת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה וכי ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח (פרמיות) עבור שתי הפוליסות. אישור זה מתייחס לתוכניות ביטוח למקרה מוות או שחרור מתשלום פרמיות במקרה אובדן כושר עבודה, או נכות מתאונה.

אישור מועמד א':  מאשר  לא מאשר

אישור מועמד ב':  מאשר  לא מאשר

אין באמור כדי להוות אישור החברה על ביטוח קיים בתוקף במגדל

## 2. הצהרת הסוכן בדבר מילוי הוראות חוזר צירוף לביטוח - חובה למילוי

אני מאשר כי במסגרת הליך מכירת המוצרים המפורטים בטופס זה, מילאתי אחר כל הוראות הממונה על פי חוזר צירוף לביטוח, ובכלל זה:

- הריני מצהיר כי התאמת את הביטוח לצרכי המועמד לביטוח וכי תהליך ההתאמה כלל בין היתר התייחסות לביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשות המועמד לביטוח, לסוגי הביטוחים הרלוונטיים הקיימים בחברת הביטוח וכן לסוגי הביטוחים הרלוונטיים המשוקים על ידי.
- הריני מצהיר כי הצגתי ומסרת 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.
- הריני מצהיר שבחנתי את רשימת מוצרי הביטוח הקיימים של המועמד לביטוח המונפקת באמצעות אתר הר הביטוח (לכל הפחות) ומצאתי כי:

יש לסמן את אחת מהאפשרויות עבור המועמדים

	מועמד ראשי	מועמד שני בן/בת זוג
לא קיימת למועמד פוליסה עבור מקרה ביטוח דומה במגדל או בחברת ביטוח אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
קיימת למועמד פוליסה עבור מקרה ביטוח דומה במגדל או בחברת ביטוח אחרת - על המועמד לאשר את הצטרפותו לתכנית נוספת בסעיף 6' או לחילופין לסמן כי כוונתו לבטל את הפוליסה הקיימת בסעיף ח'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. **הצהרת סוכן בשיווק יזום למבוטח שהוא אזרח ותיק, שלא נעשה במהלך פגישה פיזית (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 המוצרים 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, הצעתי למועמד לביטוח להתייעץ עם קרוב משפחה או אדם אחר בקשר לרכישת הביטוח המוצע.
- בשלב השני, המשך וסיום הליך השיווק בוצע על ידי לאחר 2 ימים לפחות ממועד מסירת ההצעה הראשונית/עיקרי הכיסוי הביטוחי.

	חתימת הסוכן/בעל הרישיון *	חותמת הסוכנות



0175430620305061022

עמוד 3 מתוך 6

קוד מסמך: 112/754

### ח. הקטנה / ביטול פוליסה / כיסוי ביטוחי שבתוקף

מבטח ראשי	מבטח משני	
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	1. האם קיימת ברשותך פוליסה/כיסוי ביטוחי, שברצונך לבטל בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו?
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	2. האם קיימת ברשותך פוליסה/כיסוי ביטוחי, שבכוונתך להקטין בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו?
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<p><b>אם ענית כי ברצונך לבטל את הפוליסה הקיימת ברשותך:</b>  <b>האם ברצונך כי בקשת הביטול תשלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת:</b></p> <p>1. על ידך                  2. על ידי סוכן הביטוח, יש למסור לסוכן טופס בקשת ביטול מס' 305 חתום                  3. על ידי חברת ביטוח מגדל, יש לצרף טופס בקשת ביטול מס' 305 חתום ולציין את שם חברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת _____</p>
<p><b>הצהרת הסוכן/בעל הרישיון:</b>                      הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול אל חברת הביטוח בה מתנהלת הפוליסה הקיימת שברשות המבוטח <u>א</u> מתחייב להעביר את הבקשה אל מגדל, למשלוח באמצעותה, לפי בחירת המבוטח.</p>		
תאריך	חותמת הסוכנות	חתימת הסוכן/בעל הרישיון ★
<p>לתשומת לב: ככל שיקבעו לך החרגות בהליך החיתום, תשובה חיובית לשאלה מס' 1 או 2 לסעיפים שלעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת הפוליסה החדשה.</p>		

### ט. הצהרות סוכן/בעל הרישיון אני מאשר כי

<p>1. דיברתי עם המועמד/ים הבוגר/ים (מעל גיל 18) באופן אישי, ידעתי אותו/אותם כי השיחה מוקלטת, ולאחר שפירטתי את תנאי וסייגי התכנית המבוקשת ואת דמי הביטוח עבורה, הוא/הם הביעו/ את רצונם לרכוש את הביטוח.</p> <p>2. במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח והצעתי לו/להם ביטוח התואם את צרכיו/הם.</p> <p>3. הצעה זו, ובכלל זה, שאלון הצהרת הבריאות, מולאה על-ידי רק על סמך מידע ותשובות שנמסרו לי על-ידי המועמד/ים הנ"ל בשיחה הטלפונית.</p>			
תאריך	שם מוכרן/ שם סוכנות	שם הנציג/ שם הסוכן	חתימת סוכן/ בעל הרישיון ★







שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

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

## טופס הוראת תשלום דמי הביטוח - טלפוני

טופס מספר 600

### אופן התשלום והגבייה

אופן התשלום: חודשי

אופן הגבייה:

הוראת קבע - יש למלא טופס נפרד.

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

מספר זהות בעל הכרטיס	שם בעל הכרטיס	תוקף הכרטיס	מספר הכרטיס

אני מאשר בזאת כי בעל הכרטיס אישר לי במפורש, שישלם את התשלומים בגין פוליסות הביטוח שרכש באמצעות כרטיס האשראי, אשר פרטיו מפורטים כאן, וכל כרטיס אשראי אחר שיונפק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה ויישא מספר אחר. הודעתי לבעל הכרטיס וקיבלתי את הסכמתו לכך שהחברה המבטחת תהיה רשאית להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי, בגין פרמיות ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח בין בעל הפוליסה לבין מגדל חברה לביטוח בע"מ.

<input type="checkbox"/> אם המשלם אינו מועמד לביטוח יש לפרט את מהות הקשר בינו לבין המועמד/ים לביטוח	<input type="checkbox"/> חתומה	<input type="checkbox"/> תאריך
<input type="checkbox"/> הורים <input type="checkbox"/> אח/ות <input type="checkbox"/> סבא/סבתא <input type="checkbox"/> בני זוג <input type="checkbox"/> אחר (טופס זיקה)	<input type="checkbox"/> חתימת הסוכן *	

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

