



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר סוכן
מספר הפוליסה	

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.

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

הצעה לביטוח עמית עצמאי - מגדל לקצבה לעצמאים קופת גמל לקצבה

טופס מספר 184

אני החתום מטה, המועמד לביטוח, פונה בזה אל מגדל חברה לביטוח בע"מ בבקשה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:
שם קופה: **מגדל לקצבה לעצמאים**

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.

א. פרטי המועמד לביטוח					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי		תאריך לידה	מין
					<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
ישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד
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:		
	<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני		<input type="checkbox"/> הודעת טקסט (מסרון)		
מקצוע	עיסוק		<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. הצהרת המועמד לביטוח לפי חוק איסור הלבנת הון - יש למלא טופס "הכר את הלקוח" מספר 2781

אני מצהיר כי, אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת בעל הפוליסה והמבוטח למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה

אני מצהיר כי, יש נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה (במקרה וקיים נהנה יש למלא טופס הצהרת פועל עבור עצמי מספר טופס 2624)

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.
ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק איסור הלבנת הון התש"ס-2000, מהווה עבירה פלילית.

חתימת המועמד לביטוח *	תאריך
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ג. סוג הצטרפות

יש לסמן בהתאם לסוג הצטרפות המבוקש.

הפקדות שוטפות הפקדה חד-פעמית ע"י העברה מקופת גמל אחרת

הפקדה חד-פעמית ע"י העברה מקופת גמל אחרת והפקדות שוטפות הפקדה חד-פעמית

האם הפקדת בתקופה של חמש שנים אחרונות סכום הפקדה שנתי מעל 70,000 ש"ח בגוף המסודי המעביר כן לא

אם התשובה כן יש למלא טופס "הכר את הלקוח" מספר טופס 2781

במידה ומבקשים להפקיד הפקדה חד-פעמית מקופת גמל אחרת, יש למלא את הפרטים בסעיף ט' להלן.

ד. תום תקופת הביטוח

גיל ביטוחי בתום תקופת הביטוח* _____ . יש לקבוע גיל ביטוחי בתום תקופה בין 60 ל-67. בהעדר מילוי, גיל ביטוחי בתום תקופת הביטוח יהיה 67. מועד תום תקופת הביטוח יהיה זהה לפוליסה היסודית ולכיסויים הנוספים שנרכשו בה.

* "גיל" - כהגדרתו בתנאי הפוליסה.

ה. אופן תשלום דמי הביטוח

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

מועדי תשלום דמי הביטוח: חודשי* רבע שנתי חצי שנתי שנתי

אופן תשלום דמי הביטוח: הוראת קבע כרטיס אשראי רגיל (לאופן תשלום שונה מחודשי בלבד)

* באמצעות הוראת קבע בלבד. דמי ביטוח עד 500 ש"ח אפשר גם באמצעות כרטיס אשראי.
דמי הביטוח ישולמו מראש בהתאם לאופן תשלום דמי הביטוח שנבחר לעיל והם צמודים קבוע בתנאי הפוליסה.



011171840105010323

עמוד 1 מתוך 16

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 117

1. דמי ביטוח, דמי ניהול ומסלולי השקעה

1. דמי ביטוח

דמי ביטוח לפוליסה - כוללים כיסויים נוספים ככל שביקשת בסעיף ז. עבור כיסויים שעלותם משתנה מעת לעת בסעיף ז', דמי הביטוח בפוליסה יגדלו בהתאם לגידול הפרמיה של הכיסויים.

דמי ביטוח לפוליסה _____

2. דמי ניהול

דמי ניהול מדמי ביטוח % _____

דמי ניהול מהחיסכון המצטבר:

דמי ניהול מהחיסכון המצטבר ייקבעו בהתאם לגובה דמי הביטוח החודשיים והצבירה בפוליסה כמפורט בטבלת דמי הניהול להלן:

בפרמיה חודשית המשולמת באופן שוטף שאיננה פוחתת מ- 1,000 ₪ בחודש:	
דמי ניהול מצבירה יהיו בשיעור:	כאשר צבירת חסכון בפוליסה תהיה:
0.50%	עד 499,999 ₪
0.20%	מ 500,000 ₪ ומעלה
בפרמיה חודשית המשולמת באופן שוטף שאיננה עולה על 999 ₪ בחודש:	
דמי ניהול מצבירה יהיו בשיעור:	כאשר צבירת חסכון בפוליסה תהיה:
0.80%	עד 99,999 ₪
0.50%	מ 100,000-499,999 ₪
0.20%	מ 500,000 ₪ ומעלה
ככל שתופסק ההפקדה השוטפת בפוליסה והפוליסה תהיה במעמד מסולקת, תהיה זכאי לדמי ניהול בגין החיסכון המצטבר בפוליסה בהתאם לצבירת החיסכון בפוליסה כמפורט להלן ובהתאם להוראות ההסדר התחיקתי:	
דמי ניהול מצבירה יהיו בשיעור:	כאשר צבירת חסכון בפוליסה תהיה:
1.00%	עד 99,999 ₪
0.90%	מ 100,000-149,999 ₪
0.85%	מ 150,000-299,999 ₪
0.80%	מ 300,000-649,999 ₪
0.75%	מ 650,000-999,999 ₪
0.65%	מ 1,000,000 ₪ ומעלה

בכל שינוי ביתרת החיסכון המצטבר הנובע מהפקדה או ממשיכה חלקית/ המרה לגמלה חלקית/ נידוד חלקי, יעודכן (יעלה/ירד) שיעור דמי הניהול בהתאם למפורט לעיל.

3. בחירת מסלולי השקעה בפוליסות

- ניתן לבחור לכל היותר במסלול השקעה אחד בגין ההפקדה לחיסכון.
- בהעדר סימון להשקעת כספי החיסכון, יושקעו הכספים במסלולי השקעה המוגדרים כבירת מחדל במסגרת "מודל מנוהל תלוי גיל".
- במודל זה כספי החיסכון מושקעים על-פי שיקול דעתה של ועדת ההשקעות של החברה בהתחשב בין היתר בגיל המבוטח.
- גיל המבוטח בהתייחס למודל המנוהל יחושב על-פי ה- 1 בחודש העוקב לחודש בו חל יום הולדתו של המבוטח.
- במודל זה מועד תשלום דמי הביטוח הינו חודשי בלבד.

"מודל מנוהל תלוי גיל" - מסלול ברירת מחדל

שם הקופה	מגדל מסלול אג"ח	מגדל מסלול אג"ח עד	מגדל מסלול אג"ח ממשלת	מגדל מסלול שקלי טוח	מגדל מסלול מניות	מגדל מסלול חו"ל	מגדל מסלול הלכה	מגדל מסלול לבני 50 עד	מגדל מסלול לבני 60 ומעלה	מגדל מסלול השקעה מחקה מדד S&P 500	מגדל מסלול משולב סחיר	מגדל מסלול עוקב מדדים-גמיש
מגדל לקצבה	<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"/>
מגדל לעצמיים	<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"/>
מרכיב תגמולים קוד מסלול	382	283	286	291	362	288	276	392	288	924	925	926
	422	412	332	926	925	924	276	392	288	924	925	926

מובהר בזאת כי במקרה ומבוטח בחר להצטרף למסלול השקעה מרשימת המסלולים המשווקים על ידי החברה, לרבות מסלול הנמנה עם מסלולי ברירת מחדל ו/או בחר להשאר במסלול ברירת מחדל שאינו מתאים עוד לגילו, אזי תראה אותו החברה כמי שבחר שלא לנהל את כספיו במודל מנוהל תלוי גיל כאמור בפוליסת הביטוח, והוא יישאר במסלול ההשקעה אותו בחר, עד שיודיע לחברה אחרת, ובמקרה זה לא יחול עליו מנגנון השינוי וההעברה האוטומטי.



ז. כיסויים ביטוחיים נוספים לרכישה בפוליסה

אובדן כושר עבודה

עלות כיסוי אובדן כושר עבודה המבוקש בסעיף זה תנוכה תחילה מדמי הביטוח שביקשת בהצעה זו. עלות הכיסוי משתנה מעת לעת ודמי הביטוח בפוליסה יגדלו בהתאם לגידול הפרמיה של הכיסוי.

כיסוי לפיצוי חודשי באובדן כושר עבודה כולל אובדן כושר עבודה חלקי בפרמיה משתנה

כיסוי לגיל תום _____ (ניתן בין 60 ל-67) 70 בהיעדר סימון ברירת המחדל תהיה גיל 67. בחר המבוטח גיל 70, יסתיים גם הכיסוי היסודי בגיל 70.

פיצוי + שחרור שחרור בלבד

שכר כולל למבוטח _____ שכר לחישוב פיצוי _____, % מהשכר _____.

(במידה וכבר קיים לך ביטוח פיצוי חודשי באובדן כושר עבודה, נא ציין בנוסף לשכר המבוטח בפוליסה זו גם את השכר הכולל. אין לבטח יותר מ-75% משכר כולל למבוטח). דמי הביטוח והשכר בכיסוי צמודים למדד.

עדכון השכר יעשה לאחר שתקבל בחברה בקשת המבוטח בכתב לעדכון, ובכפוף להכנסתו מעבודה המדווחת לרשויות המס. כל זמן שלא נעשה עדכון כאמור, יוצמד השכר למדד.

הצהרה לענין כיסוי ביטוחי קיים על הכנסות מעבודה

חתימת בעל הרשיון - הנני מצהיר/ה בזאת, כי נכון למועד חתימת ההצעה כיסוי אובדן כושר העבודה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין הפקדות מרובד השכר שאינו מבוטח בקרן פנסיה ו/או הכנסה שאינה מבוטחת בחברת ביטוח בשיעור של 75%.

חתימת בעל הרשיון *

חתימת בעל הרשיון *

תאריך

נא סמן את ההרחבות אותן ברצונך להוסיף לכיסוי הבסיסי

הערות	שם הרחבה
	<input type="checkbox"/> הגדרת עיסוק ספציפי
לא ניתן לרכישה עם קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש או 2 חודשים	<input type="checkbox"/> פרנצ'יז
ניתן לרכישה רק אם נרכש פיצוי	<input type="checkbox"/> ביטול קיזוז מגורם ממשלתי
יש לסמן רק אחת מהאפשרויות	<input type="checkbox"/> הגדלת גג נחתם <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 25%
1. ניתן לרכישה רק אם נרכש פיצוי. 2. ניתן לסמן רק אחת מהאפשרויות	<input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה <input type="checkbox"/> 1 חודש <input type="checkbox"/> 2 חודשים
ניתן לרכישה רק אם נרכש פיצוי	<input type="checkbox"/> תשלום נוסף במקרה סיעוד
ניתן לסמן רק אחת מהאפשרויות	<input type="checkbox"/> הגדלת תגמולי ביטוח בתקופת תביעה <input type="checkbox"/> 1% לשנה <input type="checkbox"/> 2% לשנה
1. ניתן לרכישה רק אם נרכש פיצוי. 2. ניתן לסמן רק אחת מהאפשרויות	<input type="checkbox"/> הארכת תקופת הצמדת הפיצוי למדד <input type="checkbox"/> 36 תשלומים <input type="checkbox"/> 48 תשלומים <input type="checkbox"/> 60 תשלומים

* בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באובדן כושר עבודה על 75% ממוצע השכר המבוטח ב-12 החודשים או ב-3 החודשים טרם קרות מקרה הביטוח, וכן יקוזז מסכום הפיצוי חודשי המגיע לך ממבטח אחר והכול בכפוף לאמור התנאי הפוליסה.

** הפיצוי החודשי יהיה צמוד למדד למשך 24 תשלומים (אלא אם נרכשה הרחבה להצמדה למדד לתקופה אחרת), לאחר מכן יהיה הפיצוי צמוד לתשואה כמוגדר בתנאי הפוליסה, בניכוי דמי בשיעור 0.6% לשנה, ובניכוי ריבית תחשיבית של 2.5%.

אור-1 כיסוי ביטוחי למקרה מוות

הכיסוי נרכש בדמי ביטוח משתנים מדי שנה ומתוך דמי הביטוח לקופת גמל לעמיתים עצמאים.

העלות המצטברת בשל כך כל הכיסויים הביטוחיים מתוך דמי הביטוח בפוליסה, עד לכל אחד ממועדי תשלום דמי הביטוח, לא תעלה בכל עת על 35% מדמי הביטוח החודשיים ובכפוף להסדר התחיקתי ("התקרה").

לידיעתך, אם בעת הנפקת הפוליסה ו/או בחודש מסוים במהלך תקופת הביטוח, עלתה העלות המצטברת של הכיסויים הביטוחיים אשר נרכשו בפוליסה על התקרה, יוקטן סכום הביטוח למקרה מוות ככל שנרכש, כך שסך כל עלות הכיסויים הביטוחיים לא תעלה על התקרה.

סמן את החלופה המבוקשת לחישוב סכום הביטוח והשלם את הפרטים הנדרשים (ניתן לבחור חלופה אחת בלבד):

מסלול הביטוח	נתון קובע	בחירת אופן חישוב סכום הביטוח - נא סמן
<input type="checkbox"/> ריסק יורד (ל)	השכר הקובע לחישוב סכום הביטוח: _____	<input type="checkbox"/> הסכום יחושב בכל עת על פי % משכר חודשי, כפול מספר החודשים שנותרו לתום תקופת הביטוח.
<input type="checkbox"/> סכום ביטוח קבוע	השכר החודשי הינו האחוז המבוקש משכר: _____ %	<input type="checkbox"/> הסכום יחושב בכל עת על פי ההיוון של % משכר חודשי, בהנחת ריבית היוון שנתית בשיעור 3.5%, ובהתייחס למספר החודשים שנותרו לתום תקופת הביטוח.
	בסך _____ ₪	<input type="checkbox"/> כולל צבירה (ז) <input type="checkbox"/> לא כולל צבירה (ו)

לתשומת לבך, סכום הביטוח בתכנית יתעדכן (יגדל/יקטן) בכפוף לתנאי הפוליסה ולהוראות הדין.



ח. כיוויים נוספים לרכישה בפוליסה נפרדת

אור 1 ריסק למקרה פטירה	סכום הביטוח	ש"ח	גיל סיום <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 67
נכות מתאונה	סכום הביטוח	ש"ח	1. נספחים עד גיל 65 או תום תקופת הביטוח היסודי לפי המוקדם מביניהם. (גיל - כהגדרתו בתנאי הפוליסה)
מוות מתאונה	סכום הביטוח	ש"ח	2. סכום הביטוח בנספחים לא יהיה נמוך מ- 50,000 ש"ח ולא גבוה יותר מסכום הביטוח לאור 1 ריסק למקרה מוות
מוות ונכות מתאונה כולל טרור	סכום הביטוח	ש"ח	

ט. פרטים בדבר העברת כספים מקופת גמל אחרת לפוליסת ביטוח

סכום ההפקדה החד-פעמית ייקבע על-פי הסכום שיועבר על-ידי הקופה המעבירה כמפורט בבקשת ההעברה - נספח א'.

שם גוף מנהל			
שם קופה מעבירה			
מס' אישור מ"ה			
מס' חשבון/פוליסה מקופה מעבירה			
סכום העברה משוער מכל קופה			

קופות נוספות מפורטות בדף הנלווה

ידוע לי, כי, כספים שנויידו במעמד שכיר ישוייכו למעסיקים שהוגדרו בקופה המעבירה

י. מינוי מוטבים (מינוי מוטבים יחול לגבי כל הפוליסות ששולבו בהצעה זו)

בח"י המבוטח - המבוטח. במקרה פטירה:

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למבוטח	החלק היחסי בתגמולי הביטוח באחוזים

יא. הצהרות המועמד לביטוח

אני הח"מ מבקש להתקבל כמבוטח בהתאם לתנאי תכנית הביטוח שנבחרה בהצעה זו לאחר שמצאתי אותה מתאימה לצרכי ואני מצהיר ומתחייב כדלקמן:

הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה: כל התשובות, הפרטים ומידע אחר שנמסר במסגרת הצעה זו ו/או במסגרת הצהרת הבריאות ("המידע") הינם נכונים ומלאים. המידע כאמור הינו מהותי למבטח והוא משמש בסיס לחיזוי הביטוח בדמי הביטוח ובתנאי כיווי כפי שהוצעו, ומהווה חלק בלתי נפרד ממנו. אני מתחייב להודיע לחברה אם בעתיד יחול שינוי באלו מהמידע שנמסר וזאת מיד עם היוודע לי על דבר השינוי.

הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה: אם התבקש כיווי לאובדן כושר עבודה - המועמד לביטוח ובעל הפוליסה מצהירים בזה שהפצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפצוי החודשי המבוטח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 75% מהכנסתו הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. כן מצהירים המועמד לביטוח ובעל הפוליסה שידוע להם כי עליהם להודיע לחברה על כל שינוי במקצוע המועמד או בעיסוקו שיחול במשך תקופת הביטוח.

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 ופנינסיים 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.

העברת מידע בקווי תקשורת: אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התכנית ו/או אודותיי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט או באמצעי תקשורת חליפי, למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח ("קווי תקשורת") וכן כי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך כי במקרה זה יתכנו תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים המהווים פגיעה בפרטיות וזאת על אף אמצעי אבטחת מידע סבירים שהחברה נוקטת וכל עוד החברה נוקטת באמצעי אבטחת מידע כאמור. החברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת.

מינוי בעל רישיון: לטופס הצעה זה מצורף יפוי כח הממנה את בעל הרישיון ששמו נקוב ביפוי הכח כבעל רישיון לטיפול בעסקה ("בעל הרישיון") בהתאם לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק ביעוץ פניוני ובשיווק פניוני), התשס"ה 2005. היה ובעתיד אמצאי לכם יפוי כח הממנה בעל רישיון אחר מזה המינוי בנספח להצעה זו יהיה בעל הרישיון אותו אנקוב ביפוי הכח המחליף בעל הרישיון לטיפול בתכנית הביטוח.

הצהרה בדבר קבלת יעוץ פניוני מבעל הרישיון: אני מצהיר כי ידוע לי שעל בעל הרישיון להתאים את הייעוץ או השיווק לצרכי הלקוח לאחר שבירר עימו את מטרות החיסכון שלו באמצעות מוצר פניוני, את מצבו הכספי דרך כלל, את החיסכון הקיים שלו, באמצעות מוצרים פניוניים ואת שאר הנסיבות הצריכות לעניין, ככל שהלקוח הסכים למסור לגביהם מידע, ולאור אלו נעשית הבחירה של סוג המוצר הפניוני, המוצר הפניוני והגוף המוסדי. אני מאשר כי קיבלתי יעוץ לגבי הרכישה של המוצר הפניוני וכי קיבלתי מבעל הרישיון מסמך בכתב, המפרט את הנימוקים של בעל הרישיון בדבר כדאיות החיסכון שלי באמצעות המוצר הפניוני הנרכש. כמו כן, נמסר לי כי מעת לעת מוציאה החברה תוכניות חדשות וכי ראוי לבדוק ולברר בכל עת בעתיד את המוצר שרכשתי ביחס לאלו שיהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התוכנית שרכשתי עשויים להשתנות.



יא. הצהרות המועמד לביטוח - המשך

משלוח הודעות לחברה: בעל הרישיון כמופיע ביפוי הכח המצורף, או אם יוחלף בעתיד על ידי בעל רישיון אחר והודעה על מינוי בעל הרישיון האחר תומצא לחברה, יחשב כשלוח של החברה לעניין מתן ההודעות שלי ושל המוטב לחברה, למעט במקרים המפורטים להלן, שאז עלי למסור את ההודעות לחברה במישרין:

בקשה לשינוי מסלול השקעה, בקשה למשיכת כספים, בקשה להוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלתם או הקטנתם, בקשה להפקדה חד פעמית, בקשה להגדלת דמי הביטוח, בקשה לשינוי מוטב, בקשה לתשלומים בעקבות פטירת המבוטח, בקשה לביצוע תשלומי משיכה, המרה, היוון עם תום תקופת הביטוח, בקשה להפסקת הכיסוי הביטוחי, בקשה לקיצור או הארכה של תקופת הביטוח. וכן כל מסמך נוסף הנחוץ לצורך ביצוע הוראות/בקשות אלה, הנמסרות לחברה על ידי המבוטח, המוטב או כל אדם אחר, צריכות להימסר אך ורק במשרדי החברה באחת מן הכתובות כמפורט בתנאי הפוליסות.

איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי

לתשומת ליבך, רשות שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז 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

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

חתימת
המועמד לביטוח
(העובד) *

תאריך

(* "מי מטעמו" - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), התשע"ב 2012.

יב. הסכמה לפניות שיווקיות - (רשות)

אני מסכים / אני לא מסכים כי המידע ישמש את החברה ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לצורך שיווק ודיוור ישיר אודות כיסויים ביטוחיים ומוצרים ו/או שירותים פיננסיים, פיננסיים ואחרים ולפנייה בהצעה לרכישתם, וזאת בין היתר באמצעות פקסימיליה, הודעה אלקטרונית (דוא"ל), הודעת מסר קצר (SMS), מערכת חיג אוטומטי או כל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה השיווקית באמצעות סוכן הביטוח או באתר מגדל או פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה בטלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני mokedbi@migdal.co.il.

חתימת
המבוטח/בעל
הפוליסה *

תאריך

יג. הצהרת המשווק הפנסיוני / היועץ הפנסיוני

אני מצהיר בזאת, כי שאלתי את העובד בין היתר את כל השאלות המופיעות למעלה וקיבלתי ממנו את כל הפרטים, המידע והמסמכים הדרושים ובין היתר את הפרטים המפורטים בטופס זה על צרפותי וכי מסרתי למבוטח מסמך בכתב כקבוע בהסדר התחיקתי וכי מסמך זה נחתם לפניי.

חתימת
המשווק הפנסיוני/
היועץ הפנסיוני *

תאריך



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר פוליסה

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

הצהרת בריאות

1 טופס מספר

הנחיות למילוי הטופס:
השאלון ימלא עבור כל אחד מהמועמדים לביטוח. יש לסמן כן/לא. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט אשר מספרו רשום בסוגריים וכן לצרף מידע רפואי רלוונטי לרבות תוצאות בדיקות. השאלון מנוסח בגוף זכר יחיד לשם הנוחות, אך מיועד לשני המינים.
על כל מועמד שגילו 65 ומעלה לצרף תמצית רפואית המתייחסת למצבו הרפואי וכוללת את הפרטים הבאים לפחות: ניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו בחמש השנים האחרונות.

חלק א' - פרטים כלליים

מועמד ראשי לביטוח:

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	גובה (ס"מ)*	משקל (ק"ג)*
* נדרש למלא מגיל 10 ומעלה				
שם קופת החולים: <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> לאומית				

מועמד שני לביטוח:

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	גובה (ס"מ)*	משקל (ק"ג)*
* נדרש למלא מגיל 10 ומעלה				
שם קופת החולים: <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> לאומית				

חלק ב'

רקע רפואי ואורח חיים:

1	מבוטח ראשי		בן / בת זוג		2
	כן	לא	כן	לא	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם יש לך עיסוקים/תחביבים/אורח חיים עם סיכון מיוחד? אם כן, צרף שאלון תחביבים/מקצועי ברכישת כיסוי לאובדן כושר עבודה או נכות מתאונה, או מבקשים להסב את תשומת לבך לרשימת פעילויות של ספורט אתגרי אשר מוחרגות מתכנית הביטוח ואינן מכוסות. הרשימה מופיעה באתר החברה בדף מוצר הביטוח ומתעדכנת מעת לעת. ההחלטה תהיה נכונה למועד קרות מקרה הביטוח. הננו ממליצים לבדוק את רשימת ההחרגות לספורט אתגרי מעת לעת.
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק לרבות סיגריות אלקטרוניות) אם כן ציין מס' סיגריות/פעמים שמעשן ביום: _____ מבוטח ראשי _____ בן/בת זוג _____ אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות?
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ- 2 כוסות אלכוהול ליום? (22)
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר? (22)
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע? (21)
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם ב- 5 השנים האחרונות אושפזת ו/או עברת ניתוח ו/או האם יעצו לך לעבור ניתוח? (3)
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם ב- 5 השנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית ו/או פולשנית ו/או בדיקת הדמיה ונמצא בה ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי? אם כן צרף את תוצאות הבדיקות ופרט: _____
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם נקבעה לך נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת אחזי נכות ו/או מתעתד להגיש תביעה לנכות מכל סוג? (23)
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם ככל שידוע לך, קיימת מחלה ו/או בעיה רפואית אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה מתחת לגיל 50, הקשורים ללב, סרטן, כליות, סוכרת, מערכת העצבים? (20)



חלק ג'

האם במהלך חיך אובחנו מומים / הפרעות באחד או יותר מהאיברים /או המערכות הבאים /או חלית באחת המחלות הבאות?					
מבטח ראשי	בן / בת זוג		כן	לא	
	לא	כן			
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מערכת העצבים, המוח /או הפרעות התפתחויות: לרבות אפילפסיה (4), אירוע מוחי, גידול מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, רעד, פרקינסון, שיתוק, פוליו, אספרגר, אוטיזם, הפרעות קשב וריכוז, סחרחורות והתעלפויות. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב- 3 השנים האחרונות?
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נפש: לרבות דיכאון (13), חרדות, תסמונת פוסט טראומטית. האם אובחנת כחולה במחלת נפש?
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני (24).
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מערכת ריאות ודרכי נשימה (1): לרבות אסטמה, ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות, שחפת.
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מערכת הראיה (11): לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 7, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס.
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מערכת אף אוזן וגרון: לרבות ירידה בשמיעה (12), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טינטון, פוליפים, פגיעה במיתרי הקול.
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מערכת הלב/לחץ דם (2), (28), כלי דם (14): לרבות יתר לחץ דם, כאבים בחזה, התקף לב, אי ספיקת לב, מום מולד בלב, הפרעות קצב, איוושה, פגיעה במסתמים, טרומבוזת, תסחיף ריאתי, מפרצת אאורטה, ורידים מורחבים, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים. האם עברת צנתור?
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בקע ומערכת העיכול (6), (29): לרבות בקע/שבר/הרניה מכל סוג שהוא, ריפלוקס (החזר וושטי), קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, רקטוצולה, הפטיטיס/צהבת, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בדרכי המרה /או כיס מרה, דלקת בלבב (פנקריאטיטיס).
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מערכת כליות ודרכי שתן (15): לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה או מום אחר, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות חוזרות, דם /או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית (16).
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מחלה מטבולית, הורמונאלית (אנדוקרינולוגיה): לרבות סוכרת (7), שומנים בדם (9), שיגדון (גאוט), גושה, FMF (18), בלוטת התריס/המגן (8), יתרת המגן/התריס, יתרת המח (פרולקטינומה/פרולקטינימה), הפרעות בגדילה (8).
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות (25): לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת הדם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון, איידס/נשאות, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים.
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מערכת השלד, השרירים, מפרקים (10), (19), בעיות ברכיים (17): לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב (5), בעיה בחוליות, בכטבר, בריחת סידן (אוסטיאופורוזיס/אוסטיאופניה), פרטס, מחלת מפרקים ניוונית (אוסטוארטרוזיס), דלקת מפרקים שגרנית (ראמטיד ארטריטיס), לופוס (זאבת), פיברומיאלגיה, תסמונת התשישות הכרונית, סקלרודרמה.
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מערכת עור ומין (26): לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, צלקות, נגע /או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה.
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מערכת הרבייה (27): נשים: לרבות גוש בשד/אבצס בשד, דימומים בלא קשר לווסת החודשית, רחם שריני, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, הפלות חוזרות, צניחת רחם /או הנרתיק, בעיות פריין, האם את כעת בהריון? גברים: גוש בשד/אבצס בשד, בעיות פריין, אשך טמי, גידול באשך, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספידיאס.

הערות:

חלק ד' - הצהרות

הצהרה זו תחול ותחייב כל אחד מהמועמדים לביטוח שנכללים בהצעה זו (לרבות בן / בת זוג, אם נכללו). אני הח"מ, המועמד הראשי לביטוח וכל אחד מהמועמדים הנכללים בהצעה, מצהיר ומאשר בזאת:

- כל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. (ב) אם אדרש לכך על ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בדיוק רפואית על ידי רופא החברה והתשובות שתימסרנה על ידי לרופא החברה תחשבנה כחלק בלתי נפרד מהצהרותיי. (ג) קבלה לביטוח: ידוע לי כי הסכמת החברה לקבל אותי או כל אחד מהמועמדים 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 רלבנטי ורק עם סיומו תודיע לי החברה אם קיבלה או לא קיבלה את ההצעה. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
- יתור על סודיות רפואית: אני הח"מ נתן רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר /או לעובדיה הרפואיים האחרים /או מוסדותיה הרפואיים /או לסניפיה וכן כל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות, מכון מור, ובתי החולים האחרים, מרפאות בריאות הנפש, בית החולים גהה, המוסד לביטוח לאומי לרבות מידע על תשלומים ששילם ומשלם לי. לחברות הביטוח לקרנות הפנסיה (לרבות המבקש, לפי העניין), שלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, מנהל האוכלוסין ומשרד הפנים, למסור ל"מגדל חברה לביטוח בע"מ" /או ל"מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ" ("המבקש"). את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאות /או על כל מחלה שחליתי בה בעבר /או שהנני חולה בה כעת /או שאחלה בה בעתיד. וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותם והקשורים למצבי הרפואי. הנני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי /או מחלותיי כאמור ולא תהייה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור. כן אני מייפה את המבקש לאסוף כל מידע שיראה בעיניו חשוב בקשר למצב בריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על פי תכניות הביטוח. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. בקשה זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל הגופים המכרים לעיל.

השימוש במידע יעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.

	חתימת מועמד לביטוח / נציג המועמד לביטוח	
חתימת מועמד שני לביטוח		תאריך

הצהרת סוכן הביטוח / עד לחתימה:

אני הח"מ מאשר בזאת כי המועמד לביטוח חתם בפני:

		שם פרטי ומשפחה		
		מספר רישיון סוכן		
		חתימת הסוכן / עד לחתימה		תאריך

מק"ט (החודרה 04:2019) 52310001



שם בעל הרישיון	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר סוכן

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

הוראה לחיוב חשבון - ביטוח חיים ופנסיה

טופס מספר 5

מספרי פוליסות / תוכניות

בכל פוליסות / תוכניות פרט / תגמולים לעצמאים ע"ש המבוטח

רק בפוליסות / תוכניות פרט / תגמולים לעצמאים שמספרן:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____

6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____

תשלום בכרטיס אשראי (לא ניתן לשלם באמצעות כרטיס אשראי החזר הלוואה ו/או תשלום חיובים לפוליסה ע"י מעסיק)

בעל כרטיס אשראי		אני מר/גברת:			
בתוקף עד	מספר הכרטיס	סוג הכרטיס	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסת ביטוח חיים / פנסיה. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה למגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת האשראי לרבות חיובי הוצאות עקב אי כיבוד הוראת קבע בגין הפוליסות הנ"ל. הנני מסכים כי הסדר זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח ו/או קרן הפנסיה 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/קרן הפנסיה.

תאריך _____ חתימת בעל/י החשבון ★ _____

תשלום בהוראת קבע

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

הרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות

הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב ש"ח _____

מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום _____

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

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

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

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

- נותנים לכם בזה הוראה להקים 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).
- כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:
 - על/ינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.
 - הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
 - היה/נהיה רשאי/ים 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.
 - אחיה/נהיה רשאי/ים לדרוש מהבנק בהודעה בכתב לבטל חיוב אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
- הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
- ההרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- 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.
- 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 ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ עפ"י תנאי הפוליסה/ות / התכנית/ות ותוספותיה/ן.

תאריך _____ חתימת בעל/י החשבון ★ _____

זיקה בין משלם למבוטח

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

קרבה מדרגה ראשונה קשר עובד מעסיק בעל פוליסה חריג טופס זיקה



011120050102010423

עמוד 8 מתוך 16

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 112

אישור הבנק לכבוד **מגדל חברה לביטוח בע"מ** ת.ד. 3063 פ"ת מיקוד 4951106
 לכבוד **מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ** ת.ד. 3778 פ"ת מיקוד 4951106

קיבלנו הוראות מ- [] לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נמ
 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 בעל/י החשבון או כל עוד לא הוצאו/ בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי
 כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה	קוד מוסד	מספר פוליסה / תכנית
		בנק סניף	00602	
תאריך	בנק וסניף	חתימה וחותמת הסניף *		



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר סוכן גמל והשתלמות	מספר סוכן ביטוח
שם המפקח	מספר פוליסה	מספר סוכן פנסיה

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

הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רישיון) (נספח ב2)

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כוח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו
(צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

טופס מספר **567**

לכבוד _____ (שם הגוף המוסדי), (מספר ח.פ.)

א. פרטי מייפה הכוח (הלקוח)						
שם פרטי			שם משפחה		מספר זהות	
מיקוד		ת"ד	מספר דירה	מספר בית	כתובת מגורים (רחוב)	
יישוב						

ב. פרטי מיופה הכוח (סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני, במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד)						
רישיון מספר			שם (יחיד / תאגיד)			
מספר טלפון		דואר אלקטרוני		אשר הינו: (סמן את האפשרות המתאימה)		
				<input type="checkbox"/> יועץ פנסיוני <input type="checkbox"/> סוכן ביטוח פנסיוני		

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני ומי מטעמו, לפנות בשמי לגוף המוסדי² המפורט לעיל לשם קבלת מידע³ אודות מוצרים פנסיוניים⁴ ותכנית ביטוח⁵ הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשותיי להצטרפות למוצר או העברת בקשותיי לביצוע פעולות בו והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית. אם מנוהלת עבורי תכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיופה הכח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

ג. הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים*		
(1) מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר	(2) מספר קידוד של המוצר (חובה)	(3) סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל
<input type="checkbox"/> יועץ פנסיוני <input type="checkbox"/> סוכן ביטוח פנסיוני		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

* במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.
* אם מועבר "מספר הקידוד של המוצר" יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני". בממשק האירועים שדה "מספר קידוד אחיד" הוא שדה חובה.

* אם סימנתי X בעמודה (3), סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.

1. ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסויים)

שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:

- בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע על מוצר מסויים, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
- בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
- * חתימה על מתן הרשאה **עבור קבלת מידע בלבד** לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם

2. תוקפו של ייפוי כוח

שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה

- הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.
- הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ-10 שנים - עד _____

ולראיה באנו על החתום:

תאריך	חתימת הלקוח*	תאריך	שם סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני	חתימת סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני*

¹ "מי מטעמו" עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות בפיקוח על שירותים פנסיוניים (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), תשע"ב - 2012

² "גוף מוסדי" - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.

³ "מידע אודות מוצר" - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש.

⁴ "מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31(ז)(2) לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח שאינה כלולה במוצר פנסיוני ואינה נמכרת אגב אותו מוצר כהגדרתה בסעיף 31(ז)(1) לחוק הייעוץ הפנסיוני, למעט תכנית ביטוח כאמור הכלולה במוצר ביטוח שאינו מוצר פנסיוני.

⁵ "תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.



0188556701010323

עמוד 10 מתוך 16

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך 885 למידע ופעולות / קוד מסמך 393 למידע בלבד
(סימון X בסעיף ג' בפוליסה המתאימה)

מספר פוליסה	תאריך מילוי הטופס

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

טופס הכר את הלקוח

טופס מספר **2781**

1. פרטי מבוטח / עמית									
שם פרטי	שם משפחה			מספר זהות / דרכון			מדינת דרכון		

2. בירור לעניין תושב חוץ / איש ציבור (1)	
2.1 האם אתה "תושב חוץ"? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
2.2 אם ענית כן ב-2.1 - מהי זיקתך לישראל? _____	2.3 שם המדינה _____
2.4 האם אתה או בן משפחתך (2) או שותף עסקי (3) שלך מכהן או כיהן בעבר בתפקיד ציבורי בכיר (4) בארץ או מחוץ לארץ ב-5 שנים האחרונות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אם סומן כן - אנא מלא נספח מספר 1 "איש ציבור".

3. קיומו של נהנה בחשבון (5)	
3.1 האם הכספים בחשבון מוחזקים בעבור אדם אחר שאינו מקבל השירות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
3.2 האם המבוטח או העמית מבצע את הפעילות בעבור אדם אחר שאינו מקבל השירות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
3.3 האם אדם אחר שאינו מקבל השירות מכון את הפעילות בחשבון? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
3.4 האם הנהנה איש ציבור? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אם סומן כן ב-3.1-3.3, אנא מלא נספח 1 "איש ציבור" ביחס לנהנה ופרטי נהנה בטופס פועל בעבור עצמי.
3.5 אם סומן כן ב-3.1-3.3, האם מקבל השירות או הנהנה הינו תושב חוץ? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
3.6 אם ענית כן ב-3.5 - מהי זיקתו? _____	3.7 שם המדינה _____

4. זיקת הלקוח לגורם אחר	
4.1 האם קיים מיופה כח שאינו בעל רישיון בחשבון או בחוזה ביטוח חיים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
4.2 אם סומן כן ב-4.1 - אנא סמן את הזיקה בינך לבין מיופה הכח: <input type="checkbox"/> בן משפחה (2) _____ <input type="checkbox"/> שותף עסקי _____ <input type="checkbox"/> עובד או מעביד _____ <input type="checkbox"/> אחר _____	
4.3 האם מתוכננות הפקדות מצד גורם אחר בחשבון או בחוזה ביטוח חיים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
4.4 אם סומן כן ב-4.3 - אנא סמן את הזיקה בינך לבין אותו גורם: <input type="checkbox"/> בן משפחה (2) _____ <input type="checkbox"/> שותף עסקי _____ <input type="checkbox"/> מעביד _____ <input type="checkbox"/> אחר _____	
שם הגורם המפקיד (יש למלא רק אם הגורם המפקיד אינו בעל פוליסה או מבוטח או עמית): _____	
שם מלא _____	ת.ז. / ח.פ. _____ (יש לצרף צילום ת.ז.)

5. פרטים על משלח יד / מקצוע ועיסוק - מצב תעסוקתי	
5.1 <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> שם המעסיק _____	
5.2 <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> שכיר בעל שליטה <input type="checkbox"/> סמן אם הנך עצמאי או שכיר בעל שליטה ומלא את הנתונים שלהלן: שם העסק _____ מען העסק _____ מחזור הכנסות שנתי _____	
5.3 <input type="checkbox"/> שכיר ועצמאי <input type="checkbox"/> במידה והינך שכיר ועצמאי, יש לענות על שאלה 5.1 ו-5.2	
תחום העסק: <input type="checkbox"/> ילומים ואבני חן <input type="checkbox"/> סחר בנשק <input type="checkbox"/> נדל"ן <input type="checkbox"/> עסק שאינו למטרות רווח <input type="checkbox"/> סחר במתכות יקרות <input type="checkbox"/> סחר במטבעות וירטואליים <input type="checkbox"/> בלדרות <input type="checkbox"/> נותן שירות אחראי או מתן שירות בנכס פיננסי <input type="checkbox"/> עסק בו עיקר הפעילות במזומן <input type="checkbox"/> ביצוע העברות כספים מישראל אל מדינות זרות או להיפך <input type="checkbox"/> הימורים <input type="checkbox"/> עסק שאינו למטרות רווח: <input type="checkbox"/> עמותה <input type="checkbox"/> גמ"ח <input type="checkbox"/> מלכ"ר <input type="checkbox"/> אחר _____	
אם אינך שכיר / עצמאי / שכיר בעל שליטה - סמן כאן: <input type="checkbox"/> חייל סדיר או מתנדב בשירות לאומי <input type="checkbox"/> סטודנט <input type="checkbox"/> קטין <input type="checkbox"/> לא עובד <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> אברך / תלמיד ישיבה <input type="checkbox"/> גמלאי - עיסוק טרם פרישה _____	

6. מטרת ההתקשרות, מקור הכספים ופעילות מתוכננת

6.1 מטרת פתיחת החשבון או חוזה ביטוח החיים:

חיסכון לטווח קצר (עד שנתיים) חיסכון לטווח ארוך (מעל שש שנים) חיסכון לטווח בינוני (בין שנתיים לשש שנים) חיסכון לגיל פרישה

6.2 מקור הכספים המוקדים:

משכורת / קצבה תקבולים / הכנסות מעסק חסכונות שנצברו תקבולים מפעילות ניירות ערך בשוק ההון השקעות
 הלוואה ירושה פיצויי פיטורין / פרישה זכיה מכירת נכס העברת כספים מקופת גמל אחרת השכרת נכס מכירת עסק
 מתנה - שם נותן המתנה _____ זיקה לנותן המתנה _____
 כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה - סוג העסק _____ שם המדינה _____
 תרומה אחר _____

6.3 סכום הפקדות שנתיות צפויות (ש"ח) _____

6.4 תדירות הפקדות צפויה: חד פעמי חודשי רבעוני חצי שנתי שנתי אחר _____

6.5 אופן הפקדת הכספים בחשבון: המחאה הוראת קבע / אשראי העברה בנקאית

6.6 האם צפויות הפקדות/משיכות בחשבון/חוזה ביטוח חיים מ/אל מדינה זרה? כן לא אם סומן כן ב-6.6 שם מדינה _____

6.7 האם ידוע לך בשלב זה על משיכות צפויות בחשבון בשנה הקרובה? כן לא

7. גובה הכנסה ברטוח:

עד 10,000 ש"ח בין 10,000 ל-15,000 ש"ח בין 15,000 ל-30,000 ש"ח מעל 30,000 ש"ח

8. הצהרות

8.1 האם בעבר גוף מוסדי סירב להעניק לך שירותים מסיבות הקשורות באיסור הלבנת הון או מימון טרור? כן לא

	שם פרטי ומשפחה		חתימה המבוטח*

8.2 הריני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה מלא ומהימן, ואני מתחייב/ת לדווח על כל שינוי בהצהרתי זו.

	שם פרטי ומשפחה		חתימה המבוטח*

- (1) "איש ציבור" - בעל תפקיד ציבורי בכיר, בעבר או בהווה, אשר מונה לתפקיד מטעם מדינת ישראל או מדינה אחרת, ובין אם כיהן/מכהן בתפקיד בישראל או במדינה מחוץ לישראל;
- (2) "בן משפחה" - בן זוג וכן אח, הורה, הורה הורה, צאצא או צאצא של בן הזוג, או בן זוגו של כל אחד מאלה.
- (3) "שותף עסקי" - בעל שליטה משותפת בתאגיד או בעל קשרים עסקיים.
- (4) "תפקיד ציבורי בכיר" - לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר מפלגה בכיר, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושא משרה בכיר בחברה ממשלתית, בעל תפקיד קבוע בארגון בין-לאומי או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;
- (5) יובהר כי אין בסעיף האמור לפטור את בעל הפוליסה, המבוטח או העמית, לפי העניין, מהצהרה על נהנה לפי הוראות סעיף 5(א) לצו איסור הלבנת הון.



נספח קופות נוספות לניוד

יש למלא נספח זה באם ישנן קופות נוספות לניוד פרט לקופה המצויינת בטופס ההצעה.

א. פרטי המועמד לביטוח ("המבוטח")					
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 <input type="checkbox"/>
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד
מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני	מקצוע	עיסוק		

ב. פרטי הקופה המעבירה וסכום משוער להעברה				
סכום ההפקדה החד-פעמית ייקבע על-פי הסכום שיועבר על-ידי הקופה המעבירה כמפורט בבקשת ההעברה - נספח א'.				
שם גוף מנהל				
שם קופה מעבירה				
מס' אישור מ"ה				
מס' חשבון/פוליסה מקופה מעבירה				
סכום העברה משוער מכל קופה				
שם גוף מנהל				
שם קופה מעבירה				
מס' אישור מ"ה				
מס' חשבון/פוליסה מקופה מעבירה				
סכום העברה משוער מכל קופה				
שם גוף מנהל				
שם קופה מעבירה				
מס' אישור מ"ה				
מס' חשבון/פוליסה מקופה מעבירה				
סכום העברה משוער מכל קופה				





מספר הסוכן
475
שם המפקח

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

בקשת העברה לקופת ביטוח - נספח א' מיועד לעמית עצמאי או לעמית שכיר - בהתאם לטופס ההצעה שנשלח לקופה המקבלת

טופס מספר **50**

לכבוד:

שם הגוף המנהל של קופת הגמל המעבירה	שם קופת הגמל המעבירה	מספר אישור מס הכנסה של הקופה המעבירה

בקשה להעברת כספים למגדל חברה לביטוח בע"מ

מצ"ב בקשתו של העמית, שפרטיו מפורטים להלן, להעברת כספים מחשבונו אצלכם, כמפורט להלן. בהמשך לבקשה, אנו מתחייבים בזאת בהתחייבות בלתי חוזרת לקבל את הכספים ולשאת באחריות הביטוחית לגבי העמית, בכפוף לאמור בטופס לעניין הכיסוי הביטוחי בקופת גמל מקבלת החל במועד הקובע*, כהגדרתו בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל)(העברת כספים בין קופות גמל), התשס"ח - 2008 (להלן "המועד הקובע" ו-"התקנות" בהתאמה).
בהעברה מקופת גמל שאינה קרן חדשה זכאית לקרן חדשה זכאית - הסכום המרבי שניתן להעביר לפי תקנה 2 (ד) (1) לתקנות, (להלן: "הסכום המירבי") בעד כל שנת ותק בקופה המעבירה, הוא _____ שקלים בלבד
לכל מונח במסמך זה תהא המשמעות הנודעת לו בתקנות, אלא אם כן נקבע בו במפורש אחרת.

א. פרטי העמית

מספר זהות		שם משפחה	שם פרטי	סטטוס עמית בקופה המעבירה
				<input type="checkbox"/> עמית פעיל <input type="checkbox"/> עמית לא פעיל
ישוב		כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה
מיקוד	ת"ד			

ב. בקשת העברה

1. לגבי עמית הרוכש כיסויים ביטוחיים במסגרת קופה מקבלת אני הח"מ מצהיר כי קיבלתי את התנאים לעניין הכיסוי הביטוחי במגדל חברה לביטוח בע"מ וכי הוסברו לי תנאים אלה, ככל שנקבעו תנאים כאמור.

	חתימת העמית * (עמית נתון לאפטרופוסות) שם האפטרופוס	חתימת האפטרופוס *
--	---	-------------------

2. אני מבקש להעביר את:

מלוא הכספים
 הסכום להעברה _____ או שיעור של _____ מתוך הסכומים שנצברו לזכותי בחשבון _____
 סכום הכספים שהופקדו בחשבון עד יום _____ / החל מיום _____

שנצברו לזכותי
 בכל מרכיבי החשבון במרכיב התגמולים במרכיב הפיצויים

במסלול השקעה
 כל מסלולי ההשקעה
 מסלול או מסלולי ההשקעה מהם העמית ירצה להעביר את הכספים שנצברו לזכותו

בחשבון מס' _____ (מס' החשבון בקופת הגמל המעבירה) בקופת הגמל _____ (שם קופת הגמל המעבירה)
 לחשבון מס' _____ (מס' החשבון בקופת הגמל המקבלת) במגדל חברה לביטוח בע"מ שהיא:

קופת גמל לתגמולים שהיא קופת ביטוח
 קופת גמל אישית לפיצויים שהיא קופת ביטוח
 קופת גמל לקצבה שהיא קופת ביטוח

ולאחר שקראתי בעיון את התנאים שנקבעו לעניין הכיסוי הביטוחי בקופת הגמל המקבלת והוסברו לי תנאים אלה היטב, ככל שנקבעו תנאים כאמור.

מק"ט 010111001 (מהדורה 09.2021)



ב. בקשת העברה - המשך

לידיעתך, ברירת המחדל להעברת הכספים, במידה שלא ציינת את סך היתרה שתועבר לקופה המקבלת, מרכיבי החשבון שמהם יועברו הכספים או את מסלולי ההשקעה שמהם תרצה להעביר את הכספים, היא העברת מלוא הכספים שנצברו בחשבונך בקופה המעבירה, בכל מרכיבי החשבון ובכל מסלולי ההשקעה.

להעביר למספר חשבון של הקופה המקבלת 21000/93 סניף מס' 800 בנק 10.

ג. הצהרות העמית

- אני נותן בזה את הסכמתי לכך שתמסרו את כל הפרטים, הנתונים והמסמכים שיש לכם לגביי, ובכלל זה פירוט בדבר התנאים או הסייגים שנקבעו לגבי בקופה המעבירה לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכונים מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכונים נכות - ככל שנקבעו, ואשר נדרשים לפי הוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר לפי סעיף 23 (ד) לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ה - 2005, למגדל חברה לביטוח בע"מ.
- ידוע לי כי במועד הקובע ואילך תהיו פטורים מלשלם לי כל תשלום שהוא, לרבות בשל חבות ביטוחית, הנובע מהכספים שהועברו לקופת הגמל המקבלת.
- אני מצהיר, כי למיטב ידיעתי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו מתקיימים כל התנאים המפורטים להלן:

- לא קיים צו עיקול על חשבוני בקופה המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל.
- לא קיים שעבוד שנעשה כדין על חשבוני בקופה המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל.
- לא קיימת בחשבוני בקופה המעבירה יתרת חוב בשל הלוואה שטרם נפרעה במלואה.
- לא התחלתי לקבל קצבת זקנה בקופה המעבירה בגין הסכום להעברה.
- לא הגשתי בקשה לקבלת קצבת נכות בקופה המעבירה שעודה תלויה ועומדת ולא אושרה זכאותי לקבל קצבת נכות מהקופה המעבירה שטרם פקעה.

ידוע לי כי כלל שמתקיימים לגביי במועד חתימתי על בקשת העברה זו ועד למועד ההעברה אחד מהתנאים האמורים, תבוטל בקשת ההעברה ולא תבוצע העברת כספים לקופה המקבלת.

4. לגבי עמית פעיל* בלבד:

ידוע לי כי בקשתי האמורה מותנית בכך שלא יחלפו למעלה מ-120 ימים ממועד הגשת הבקשה ועד למועד שבו יופקדו בשלי לראשונה בקופה המקבלת כספים, אלא אם כן אודיע, לקופה המקבלת כי לא יופקדו בשלי כספים בקופה המקבלת. כמו כן ידוע לי כי אם אודיע כאמור, איחשב לעניין המועד הקובע כעמית לא פעיל.

אני מבקש כבר עכשיו להודיע, כי לא יופקדו בשלי כספים לקופה המקבלת.

	(עמית נתון לאפטרופוסות) שם האפטרופוס		* חתימת העמית
	חתימת האפטרופוס *		

5. חתימתי על בקשה זו נעשית לאחר שקראתי אותה בעיון ותוכנה הוסבר לי היטב, ולאחר ששקלתי את האמור בה וגמרתי אומר להתחייב בה.

לידיעתך, בקשת העברה זו ניתנת לביטול **ובלבד שהכספים טרם הועברו**. ביטול ייעשה על-ידי חתימה על טופס הודעת ביטול והעברתו לקופה המעבירה (הקופה ממנה מועברים הכספים). העברת הטופס אפשרית, בין היתר, בפקס, בדואר או בדוא"ל.

ולראיה באנו על החתום:

	שם העמית		תאריך
	(עמית נתון לאפטרופוסות) שם האפטרופוס		
	חתימת האפטרופוס *		

* כהגדרתם בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (העברת כספים בין קופות גמל) התשס"ח - 2008.

