



המועד המבוקש להתחלת הביטוח*
01/

שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר סוכן
מספר פוליסה	

הצעה לביטוח מנהלים - מגדל לקצבה לשכירים קופת גמל לקצבה

טופס מספר **183**

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

אני החתום מטה, המועמד לביטוח פונה בזה אל מגדל חברה לביטוח בע"מ בבקשה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:
שם קופה: **מגדל לקצבה לשכירים**
מובהר בזאת כי כל המונחים בהצעה להלן יפורשו כהגדרתם בתנאים הכלליים של הפוליסה.

א. פרטי המועמד לביטוח					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי		תאריך לידה	מין
					זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד
מספר טלפון נייד	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) <input type="checkbox"/> דואר				
מקצוע	כתובת דואר אלקטרוני				
	עיסוק				
	מקצוע				
	מקצוע				

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

ב. פרטי המעסיק					
מספר זהות / ח"פ / ח"צ	שם המעסיק	מספר מפעל	מספר טלפון	מספר פקס	מיקוד
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	מיקוד	דואר אלקטרוני

ג. סוג הצטרפות - סמן את סוג ההצטרפות המבוקש

הפקדות שוטפות
 הפקדה חד-פעמית ע"י העברה
 הפקדה חד-פעמית ע"י העברה
 הפקדה חד-פעמית לחוב ותק פיצויים
 מקופת גמל אחרת
 מקופת גמל אחרת והפקדות שוטפות

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

ה. אופן תשלום דמי ביטוח

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.

גבייה יזומה ע"י המעסיק
 גבייה יזומה ע"י מגדל
 צמוד לתשלום יוקר עם תקרה
 צמוד לתשלום יוקר ללא תקרה
 צמוד לתשלום יוקר עם תקרה
 צמוד לתשלום יוקר ללא תקרה

ד. פרטים בדבר מועדים

תאריך התחלת עבודה אצל המעסיק | גיל תום תקופת הביטוח*

* יש לקבוע גיל ביטוחי בתום תקופה בן 60-67. בהעדר סימון, תום תקופת הביטוח יהיה גיל 67. מועד תום תקופת הביטוח יהיה זהה לפוליסה היסודית ולכיסויים הנוספים שנרכשו בה. "גיל" - כהגדרתו בתנאי הפוליסה.

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

בחי המבוטח - המבוטח. במקרה פטירה:

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למבוטח	החלק היחסי (%) בתגומלי הביטוח

במקרה של פטירת המבוטח לפני תום תקופת הביטוח או התחלת תשלומי הקצבה ובעודו מועסק אצל המעסיק - סכום השווה לסכום החיסכון המצטבר של ההפקדות לפיצויים בהתאם לתנאי הפוליסה ישולם לשאירים כהגדרתם בחוק פיצוי פטורים וההפרש, אם קיים, בין הסכום המגיע במות המבוטח לבין סכום השווה לחיסכון המצטבר של ההפקדות לפיצויים ישולם למוטבים.

(מחזורת 03.2023)



011001830106010323

עמוד 1 מתוך 14

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 100

ז. 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:	
כאשר צבירת חסכון בפוליסה תהיה:	דמי ניהול מצבירה יהיו בשיעור:
עד 499,999 ₪	0.50%
מ 500,000 ₪ ומעלה	0.20%
בפרמיה חודשית המשולמת באופן שוטף שאיננה עולה על 999 ₪ בחודש:	
כאשר צבירת חסכון בפוליסה תהיה:	דמי ניהול מצבירה יהיו בשיעור:
עד 99,999 ₪	0.80%
מ 100,000-499,999 ₪	0.50%
מ 500,000 ₪ ומעלה	0.20%
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:	
כאשר צבירת חסכון בפוליסה תהיה:	דמי ניהול מצבירה יהיו בשיעור:
עד 99,999 ₪	1.00%
מ 100,000-149,999 ₪	0.90%
מ 150,000-299,999 ₪	0.85%
מ 300,000-649,999 ₪	0.80%
מ 650,000-999,999 ₪	0.75%
מ 1,000,000 ₪ ומעלה	0.65%

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

ח. פרטים בדבר חלוקת השכר ההתחלתי ומרכיבי הפוליסה

על-פי תקנה 19 לתקנות מס הכנסה (כללים לאישור וניהול קופות גמל) תשכ"ד-1964, בכל מקרה של הפרשה לפיצויים בקופת גמל לצקבה, חייבת להיות הפרשה למרכיב תגמולי המעסיק על פי השיעורים הקבועים בתקנה.

1. חלק זה ימולא עבור פוליסה עם הפרשות מלאות

תשלומי עובד	תגמולי העובד	תשלומי מעסיק		שכר לפוליסה (ש"ח)
		יש למלא בהתאם להסכמות שבין העובד למעסיק בלבד (מעל) או מתוך סך התגמולים, בהתאם למסומן מטה	פיצויים	
אובדן כושר עבודה ו/או שחרור בנוסף לתגמולים		תקציב כולל לתגמולים ולרכישת אובדן כושר עבודה/שחרור (אכ"ע) ע"ח תשלומי מעסיק (מעל) או מתוך סך התגמולים, בהתאם למסומן מטה	פיצויים	ש"ח _____ % _____
<input type="checkbox"/> אם התקציב הכולל של המעסיק הינו לפחות 7.5%, אבקש שיעבר לחברה תשלום נוסף על חשבוני, מעל התגמולים, לצורך רכישת שיעור פיצוי אובדן כושר עבודה המבוקש, בהתאם לעלותו בפועל, בעת ניצול מלוא תקציב המעסיק לאובדן כושר עבודה או ניצול מלוא מגבלת 35% המצטברת לרכישת כיסויים ביטוחיים.	_____ % בהתאם להוראות צו ההרחבה הפקדה מינימום ההפקדה הינו 6%	הסבר: בהתאם להוראות צו ההרחבה שיעור ההפקדה המינימאלי לתשלומי מעסיק הינו 6.5% ומתוכו מינימום לתגמולים 5%. אם אין בתקציב כדי לרכוש כיסוי ביטוחי לאכ"ע של 75% מהשכר לפוליסה, יגדל התקציב הפנסיוני הכולל עד 7.5% או אחוז גבוה יותר אם נקבע כזה (הערה 1+2)	כאשר אכ"ע נרכש מעל להפרשה לתגמולים תשלומי המעסיק _____ % תשלומי המעסיק כוללים תגמולים + אכ"ע ככל שלא נרכש אכ"ע יש לציין את שיעור התגמולים המבוקש בלבד, מינימום 5%.	ש"ח _____ % _____
		בהתאם להוראות צו ההרחבה שיעור ההפקדה המינימאלי לתשלומי מעסיק הינו 6.5%	כאשר אכ"ע נרכש מתוך התגמולים תשלומי המעסיק _____ %	ש"ח _____ % _____

2. חלק זה ימולא עבור פוליסה הפרשית בלבד

(כאשר למבוטח יש הפקדה לתגמולי 5% מעסיק ועובד בפוליסה/תכנית אחרת)

שחרור בנוסף לתגמולים מעל תקציב מעסיק לאכ"ע	תגמולי עובד	תקציב לתגמולים ולרכישת שחרור מאכ"ע ע"ח תשלומי מעסיק (מעל) או מתוך סך התגמולים, בהתאם למסומן מטה	שכר לפוליסה הפרשית
<input type="checkbox"/> אבקש שיעבר לחברה תשלום על חשבוני, לצורך רכישת שיעור פיצוי אובדן כושר עבודה המבוקש, בהתאם לעלותו בפועל, בעת ניצול מלוא תקציב המעסיק לאובדן כושר עבודה או ניצול מלוא מגבלת 35% המצטברת לרכישת כיסויים ביטוחיים.	_____ %	שחרור בלבד <input type="checkbox"/> מעל הפרשות לתגמולים עד 2.5% ע"ח אכע מעסיק <input type="checkbox"/> מתוך הפרשות לתגמולים	ש"ח _____ % _____

1266 (מהדורה 03.2023)



011001830206010323

עמוד 2 מתוך 14

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 100

ח. פרטים בדבר חלוקת השכר ההתחלתי ומרכיבי הפוליסה - המשך

3. חלק זה ימולא עבור פוליסת אובדן כושר עבודה בלבד (SA)

יש למלא רק כאשר נרכש אובדן כושר עבודה בפוליסה נפרדת העומדת בפני עצמה במידה וסומן רכישת אובדן כושר עבודה בסעיף 1 אין צורך למלא סעיף זה

שכר לפוליסה אכ"ע	תקציב המעסיק לאכ"ע	אובדן כושר עבודה ושחרור על חשבון העובד מעל תקציב מעסיק לאכ"ע
ש"ח _____	תקציב המעסיק לאכ"ע הינו בהתאם לעלותו בפועל ולא יותר מ 2.5% מהשכר בפוליסה. אם מעוניין בתקציב מעל 2.5%, ציין תקציב מבוקש: _____ %	<input type="checkbox"/> אבקש שיועבר לחברה תשלום על חשבוני לצורך רכישת שיעור פיצוי אובדן כושר עבודה המבוקש, בהתאם לעלותו בפועל, בעת ניצול מלוא תקציב המעסיק לאובדן כושר עבודה או ניצול מלוא מגבלת 35% המצטברת לרכישת כיסויים ביטוחיים.

הצהרת המבוטח

הריני מתחייב לעדכן את המעסיק כי עליו להעביר את התשלומים המצויינים בסעיף הנ"ל.

1. בדף פרטי ביטוח תמצא את שיעור התקציב הכולל שנמצא מספיק לרכישת הכיסוי הנדרש לאובדן כושר עבודה (אכ"ע).

שים לב - ההפקדה לתגמולי מעסיק תיקבע על פי התשלום בפועל של המעסיק לתגמולים ולאובדן כושר עבודה מדי חודש, בניכוי עלות הכיסוי לאובדן כושר עבודה על פי נתאי הפוליסה, אולם לא פחות מ- 5% מהשכר (בפוליסה שאינה מוגדרת הפרשית). לאור זאת במהלך תקופת הביטוח ייתכנו שינויים בשיעורי ההפקדה לרכיב תגמולי המעסיק.

2. ידוע לי כי שיעור הפקדת תגמולי מעסיק ישתנה בהתאם להתפתחות הפרמיה בגין הכיסוי לאובדן כושר עבודה, והכיסוי יקטן במקרה בו התקציב הכולל (הגיע ל-7.5% או גבוה יותר אם נקבע כזה בהצעת הביטוח) בניכוי ההפקדות לתגמולי מעסיק לא יספיק לרכישת הכיסוי.

ט. כיסויים ביטוחיים שירכשו בפוליסה

כיסויים ביטוחיים לרכישה מתוך ההפקדה לתגמולים:

- ידוע לי כי שיעור הכיסוי הביטוחי לאובדן כושר עבודה יחושב וייקבע לאורך כל תקופת הביטוח במועד רכישת הכיסוי מתוך התגמולים על בסיס ההנחות הקבועות בתנאי הפוליסה. שיעור הכיסוי עלול לקטון בשל אי התממשות ההנחות הקבועות בתנאי הפוליסה.
- העלות המצטברת של הכיסויים הביטוחיים הנרכשים מתוך התגמולים עבור תקופת הביטוח של הפוליסה עד לכל אחד ממועד תשלומי דמי הביטוח, לא תעלה על 35% מסך ההפקדות למרכיב התגמולים שמופקדים על ידי ועל ידי המעסיק עד לאותו מועד ("התקרה") והכל בהתאם להסדר התחיקתי כפי שיקבע מעת לעת ולתנאי הפוליסה.
- אם בעת הנפקת הפוליסה ו/או בחודש מסוים במהלך תקופת הביטוח, עלתה העלות המצטברת של הכיסויים הביטוחיים אשר נרכשו בפוליסה על התקרה, יוקטנו סכום הביטוח למקרה מוות ככל שנרכש ו/או הפיצוי החודשי לאובדן כושר עבודה ככל שנרכש, כך שסך כל העלות המצטברת של הכיסויים הביטוחיים לא תעלה על התקרה. כדלקמן: תחילה יקטן סכום הביטוח למקרה מוות עד לביטולו, לאחר מכן יקטן הפיצוי החודשי לאובדן כושר עבודה עד לביטולו ולאחר מכן יבוטל הכיסוי הביטוחי לשחרור בגין אובדן כושר עבודה.

כיסויים ביטוחיים לרכישה מעל ההפקדה לתגמולים:

ככל שהכיסוי לאובדן כושר עבודה יירכש בתקציב על חשבון המעסיק, מעל הפרשה לתגמולים:

- החברה רשאית לעדכן בתחילת הביטוח וכן מעת לעת את היקף הכיסוי הביטוחי בכיסוי לאובדן כושר עבודה הנרכש אגב קופת גמל וכיסוי למקרה פטירה. בהתאם למגבלת התקציב, כך שהעלות המצטברת בשל סך הכיסויים הביטוחיים בעד תקופת הביטוח של המבוטח עד לכל אחד ממועדי תשלום דמי הביטוח לא תעלה על 35% מסך כל ההפקדות למרכיב התגמולים עד לאותו מועד, והכל לפי שיעור ההפקדות למרכיב התגמולים. לעניין זה, "ההפקדות למרכיב התגמולים" - הפקדות תשלומי העובד והפקדות תשלומי המעסיק במגדל חברה לביטוח בע"מ, לרבות תשלומי המעסיק לרכישת ביטוח מועדף לאובדן כושר עבודה שהעובד זכאי לו לפי הדין או ההסכם, ולמעט תשלומי המעסיק למרכיב הפיצויים.
- ככל שהתקציב לכיסוי לאובדן כושר עבודה, על חשבון המעסיק ועל חשבון המבוטח, ככל שביקש, לא יכסה את עלות הכיסוי החודשי שהתבקש בטופס ההצעה, יירכש עבורך כיסוי ביטוחי לפיצוי חודשי בגין אובדן כושר עבודה קטן מהמבוקש.

אובדן כושר עבודה

נא סמן את הכיסוי הביטוחי המבוקש לאובדן כושר עבודה:

כיסוי לפיצוי חודשי באובדן כושר עבודה כולל אובדן כושר עבודה חלקי בפרמיה משתנה - יירכש מתוך/מעל ההפקדה לתגמולים, בהתאם להנחיות שניתנו בסעיף ח'

כיסוי לגיל תום _____ (ניתן 67-60. ברירת המחדל בהעדר הנחיות תהיה 67) לפי הסכם מעסיק _____

פיצוי + שחרור _____ % מהשכר שחרור בלבד

במידה וכבר קיים לך ביטוח לפיצוי חודשי באובדן כושר עבודה, נא ציין בנוסף לשכר המבוטח בפוליסה זו גם את השכר הכולל למבוטח _____ ש"ח.

אין לבטח יותר מ-75% משכר כולל למבוטח.

הצהרה לענין כיסוי ביטוחי קיים על הכנסות מעבודה

חתימת בעל הרשיון - הנני מצהיר/ה בזאת, כי נכון למועד חתימת ההצעה, כיסוי אבדן 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 *	תאריך
--------------------	-------



ט. כיסויים ביטוחיים שירכשו בפוליסה - המשך

נא סמן את ההרחבות אותן ברצונך להוסיף לכיסוי הבסיסי

שם הרחבה	הערות
<input type="checkbox"/> הגדרת עיסוק ספציפי	
<input type="checkbox"/> פרנצי'זה	לא ניתן לרכישה עם קיצור תקופת ההמתנה
<input type="checkbox"/> ביטול קיזוז מגורם ממשלתי	ניתן לרכישה רק אם נרכש פיצוי
<input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם -	1. ניתן לרכישה רק אם נרכש פיצוי 2. יש לסמן רק אחת מהאפשרויות
<input type="checkbox"/> קיצור תקופת ההמתנה	1. ניתן לרכישה רק אם נרכש פיצוי 2. יש לסמן רק אחת מהאפשרויות
<input type="checkbox"/> תשלום נוסף במקרה סיעוד	ניתן לרכישה רק אם נרכש פיצוי
<input type="checkbox"/> הגדלת תמלוגי ביטוח בתקופת תביעה	1. ניתן לרכישה רק אם נרכש פיצוי 2. יש לסמן רק אחת מהאפשרויות
<input type="checkbox"/> הארכת תקופת הצמדת הפיצוי	1. ניתן לרכישה רק אם נרכש פיצוי 2. יש לסמן רק אחת מהאפשרויות

* בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באופן כושר עבודה על 75% ממוצע השכר המבוטח ב-12 החודשים או ב-3 החודשים טרם קרות מקרה הביטוח, וכן קיזוז מסכום הפיצוי חודשי המגיע לך ממבטח אחר והכול בכפוף לאמור בתנאי 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, בינתיים דמי ניהול בשיעור 0.6% לשנה, ובינתיים ריבית תחשיבית של 2.5%

אור - 1 כיסוי ביטוחי למקרה מוות

הכיסוי נרכש מתוך ההפקדה לתגמולים ובדמי ביטוח משתנים מדי שנה.

סמן את החלופה המבוקשת לחישוב סכום הביטוח והשלם את הפרטים הנדרשים (ניתן לבחור חלופה אחת בלבד):
השכר הקובע לחישוב סכום הביטוח יקבע ע"י חלוקת ההפקדה השוטפת במרכיבי הפוליסה שנקבעו בסעיף ח'.

מסלול הביטוח	נתון קובע	בחירת אופן חישוב סכום הביטוח - נא סמן
<input type="checkbox"/> ריסק יורד (ל)	הסכום החודשי הינו האחוז המבוקש משכר: % _____	<input type="checkbox"/> הסכום יחושב בכל עת על פי % משכר חודשי, כפול מספר החודשים שנותרו לתום תקופת הביטוח. <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.
<input type="checkbox"/> כפולת משכורות	מספר משכורות: _____ ש"ח	<input type="checkbox"/> לא כולל צבירה (ח)
<input type="checkbox"/> סכום ביטוח קבוע	בסך _____ ש"ח	<input type="checkbox"/> לא כולל צבירה (ו)

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

י. שליטה ברכיב פיצויים - למילוי על ידי המעסיק

בהעדר סימון וחתומת המעסיק, ברירת המחל תהיה "לא קיים"

<input type="checkbox"/> הסכם לפי סעיף 14	קיים בין העובד והמעסיק הסכם עבודה שחל עליו סעיף 14 לחוק פיצוי פיטורין התשכ"ג-1963.
<input type="checkbox"/> זכאות בלא תנאי	לעובד זכאות בלא תנאי לעניין משיכה ממרכיב הפיצויים. המעסיק מאשר כי העובד יהיה זכאי למשוך את כספי הפיצויים ללא תנאי החל ביום _____ או בתום שלוש שנות עבודה של העובד אצל המעסיק ממועד תחילת העבודה הנקוב לעיל, המוקדם מבין המועדים הנ"ל. המעסיק מאשר כי זכותו של העובד ליתרת הכספים בפוליסת הביטוח לרבות מרכיב הפיצויים כאמור לעיל הינה הוראה בלתי חוזרת למבטח לפעול בהתאם לקבוע לעיל בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, והיא איננה ניתנת לביטול או לשינוי. זכאותו של העובד כאמור לעיל לא תחול אם התקיימו התנאים המצדיקים פיטורים בלא פיצויים בהתאם לסעיפים 16 או 17 לחוק פיצוי פיטורין התשכ"ג - 1963. לידיעת המעסיק, במקרה של זכאות בלא תנאי קיימת נוסחה שונה לחישוב החיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים להבדיל ממרכיב התגמולים, העשויה לצמצם את הסכומים הנדרשים לצורך השלמת פיצויי הפיטורים בעת סיום עבודתו של העובד.

הוראות לענין רכישת כיסוי ביטוחי שלא על חשבון ההפקדה לתגמולים

אני מסכים כי יירכשו הכיסויים הביטוחיים הנוספים המפורטים בסעיף יב' לעיל, וזאת על חשבון המעסיק בלבד.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	תפקיד	חתימת וחותמת המעסיק *
-------	----------------	-------	-----------------------



א. בחירת מסלולי השקעה בפוליסה

- ניתן לבחור לכל היותר **בשני מסלולי ההשקעה** בגין ההפקדה לחיסכון, האחד בעבור מרכיב הפיצויים והשני בעבור מרכיב התגמולים.
 - בהעדר סימון להשקעת הפיצויים או התגמולים, יושקעו כספי החיסכון במסלולי השקעה המוגדרים כברירת 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.

"מודל מנוהל תלוי גיל" - מסלול בחירת מחדל

מסלולי השקעה לבחירה

מגדל מסלול עוקב מדדים - גמיש	מגדל מסלול משולב סחיר	מגדל מסלול השקעה מחקת מדד S&P 500	מגדל מסלול לפני 60 ומעלה	מגדל מסלול לבני 50 עד 60	מגדל מסלול ולבני 50 ומטה	מגדל מסלול הלכה	מגדל מסלול חו"ל	מגדל מסלול מניות	מגדל מסלול שקלי טוח קצר	מגדל מסלול אג"ח ממשלת ישראל	מגדל מסלול אג"ח עד 25% מניות	מגדל מסלול אג"ח עד 10% מניות	מגדל מסלול אג"ח	מרכיב הפדרסה בפוליסה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מרכיב תגמולים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מרכיב פיצויים*
422	412	332	926	925	924	276	392	288	362	291	286	283	382	קוד מסלול

מובהר בזאת כי במקרה ומבוטח בחר להצטרף למסלול השקעה מרשימת המסלולים המשוקים 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 ישאר במסלול ההשקעה אותו בחר, עד שיודיע לחברה אחרת, ובמקרה זה לא יחול עליו מנגנון השייך וההעברה האוטומטי.

חתימת מעסיק - *שים לב! חתימת המעסיק בסעיף זה נדרשת רק אם המבוטח בחר במסלול השקעה למרכיב הפיצויים השונה ממסלול ברירת המחדל (מודל מנוהל תלוי גיל) ואין חתימת המעסיק בסעיף י' - הסכם לפי סעיף 14, לעיל.

	חתימת וחותמת המעסיק*
	תאריך

ב. כיוויים ביטוחיים נוספים שלא על חשבון ההפקדה לתגמולים, אשר ירכשו בפוליסה נפרדת ואמצעי גביה נוספים

שם התוכנית	סכום הביטוח בש"ח	זהות משלם
<input type="checkbox"/> אור 1		<input type="checkbox"/> ע"ח מעסיק* <input type="checkbox"/> ע"ח עובד
<input type="checkbox"/> נכות מתאונה - נספח**		<input type="checkbox"/> ע"ח מעסיק* <input type="checkbox"/> ע"ח עובד
<input type="checkbox"/> מוות מתאונה - נספח**		<input type="checkbox"/> ע"ח מעסיק* <input type="checkbox"/> ע"ח עובד
<input type="checkbox"/> מוות ונכות מתאונה (כולל ביטול חריג טרור) - נספח**		<input type="checkbox"/> ע"ח מעסיק* <input type="checkbox"/> ע"ח עובד

- * אני מצהיר כי עדכנתי את המעסיק שעליו להעביר תשלומים בגין כיוויים אלו באופן סדיר.
- ** כדי לרכוש את הנוספים יש לרכוש אור 1.
- ** נוספים עד גיל 65 או תום תקופת הביטוח היסודי לפי המוקדם מביניהם.
- * הכיוויים ירכשו בפוליסה פרטית בבעלות המעסיק או בבעלות העובד, לפי זהות המשלם את עלות הכיוויים הנוספים.
- * ע"ח עובד - יש לצרף הוראת קבע או פרטי כרטיס אשראי של העובד. ע"ח מעסיק - יש לצרף הוראת קבע של המעסיק.

ג. 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
<input type="checkbox"/> קופות נוספות מפורטות בדף הנלווה				
ידוע לי כי, כספים שנויידו במעמד שכיר ישוייכו למעסיקים שהוגדרו בקופה המעבירה				



ד. 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 והמידע האחר שנמסר במסגרת הצעה זו ו/או במסגרת הצהרת הבראות ("המידע") הינם נכונים ומלאים. המידע כאמור הינו מהותי למבטח והוא משמש בסיס לחוזה הביטוח בדמי הביטוח ובתנאי כיסוי כפי שהוצעו, ומהווה חלק בלתי נפרד ממנו. ידוע לי כי אי מסירת תשובות מלאות וכנות עלולה להשפיע על תשלום תגמולי הביטוח. 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 כיסוי לאובדן כושר עבודה - המועמד לביטוח מצהיר - בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבוטח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 75% מהכנסתו הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. כן מצהיר המועמד לביטוח שידוע לו כי עליו 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 ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תוכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע והמסמכים שמסרתי ואמסור יועברו לצדדים שלישיים, לרבות כאלה הנמצאים בחו"ל, לצורך המטרות הנ"ל, כגון: לסוכני ביטוח/בעלי רישיון, מבטחי משנה, מעסיקים, גורמים מתפעלים, ספקים, קבלני משנה ושותפים עסקיים (לרבות לגופים אחרים במקרה של שינוי במבנה תאגידי או מכירת עסקי הקבוצה). מדיניות הגנת הפרטיות של קבוצת מגדל זמינה עבורך באתר האינטרנט <https://www.migdal.co.il> או באפליקציה של החברה.

הסכמה למסירת פרטים למעסיק: אני מסכים כי נתונים ומידע אודות דמי הביטוח ששולמו על ידי המעסיק וכן על ידי וכן מידע לגבי החיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים וכל מידע שעל פי ההסדר התחיקתי המעסיק זכאי לקבלו, יהיה זכאי המעסיק לקבלו ו"מגדל" תהיה רשאית למסור לו מידע כאמור.

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 מהווים 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 יפיו כח הממנה את בעל הרישיון ששמו נקוב ביפיו הכח כבעל רישיון לטיפול בעסקה ("בעל הרישיון") בהתאם לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק ביעוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני), התשס"ה-2005. היה ובעתיד אמציא לכם יפיו כח הממנה בעל רישיון אחר מזה המנוי בנספח להצעה זו יהיה בעל הרישיון אותו אנקוב ביפיו הכח המחליף בעל הרישיון לטיפול בתכנית הביטוח.

הצהרה בדבר קבלת יעוץ פנסיוני מבעל הרישיון: אני מצהיר כי ידוע לי שעל בעל הרישיון להתאים את הייעוץ או השיווק לצרכי הלקוח לאחר שברר עימו את מטרות החיסכון שלו באמצעות מוצר פנסיוני, את מצבו הכספי דרך כלל, את החיסכון הקיים שלו, באמצעות מוצרים פנסיוניים ואת שאר הנסיבות הצריכות לעניין, ככל שהלקוח הסכים למסור לגביהם מידע, ולאור אלו נעשית הבחירה של סוג המוצר הפנסיוני, המוצר הפנסיוני והגוף המוסדי. אני מאשר כי קיבלתי ייעוץ לגבי הרכישה של המוצר הפנסיוני וכי קיבלתי מבעל הרישיון מסמך בכתב, המפרט את הנימוקים של בעל הרישיון בדבר כדאיות החיסכון שלי באמצעות המוצר הפנסיוני 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.

משלוח הודעות לחברה: בעל הרישיון כמופיע ביפיו 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.

מועד תחילת תקופת הביטוח של הפוליסה יהיה בהתאם לתאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת הביטוח אך ורק לאחר שהתקבל אמצעי תשלום, או לחילופין שולם התשלום הראשון של דמי הביטוח (פרמיה ראשונה) והכל בהתאם ובכפוף לתנאי הפוליסה. בנוסף, משהתקבל המבוטח לביטוח, יהיה הכיסוי הביטוחי הכלול בדף פרטי הביטוח בתוקף לפי המאוחר מבין: תאריך החתימה על ההצעה או תאריך תחילת תקופת הביטוח.

	חתימת המועמד לביטוח (העובד) *		תאריך
--	--------------------------------------	--	--------------

טו. הסכמה לפניות שיווקיות - (רשות)

אני מסכים/ אני 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 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 בטלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני mokedbi@migdal.co.il.

	חתימת המבוטח *		תאריך
--	-----------------------	--	--------------

טז. הצהרת בעל הרישיון

הריני מצהיר כי מונית על-ידי המועמד לביטוח כבעל רישיון בהתאם ליפיו הכוח המצורף להצעה זו. שאלתי את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות למעלה וקיבלתי ממנו את כל הפרטים, המידע והמסמכים הדרושים ובין היתר את הפרטים המפורטים בטופס זה על צרפותיו וכי מסרתי למבוטח מסמך בכתב נקבוע בהסדר התחיקתי וכי מסמך זה נחתם לפני.

	חתימת בעל הרישיון *		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: מכבי מאוחדת כללית לאומית

מועמד שני לביטוח:

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	גובה (ס"מ)*	משקל (ק"ג)*
* נדרש למלא מגיל 10 ומעלה				

שם קופת החולים: מכבי מאוחדת כללית לאומית

חלק ב'

רקע רפואי ואורח חיים:

שאלה	מבטח ראשי		בן / בת זוג	
	כן	לא	כן	לא
1 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק לרבות סיגריות אלקטרוניות) אם כן ציין מס' סיגריות/פעמים שמעשן ביום: מבטח ראשי _____ בן/בת זוג _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ- 2 כוסות אלכוהול ליום? (22)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר? (22)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע? (21)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 האם ב- 5 השנים האחרונות אושפזת ו/או עברת ניתוח ו/או האם יעצו לך לעבור ניתוח? (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 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: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 האם נקבעה לך נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות ו/או מתעתד להגיש תביעה לנכות מכל סוג? (23)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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	לא	כן	לא	כן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	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	נפש: לרבות דיכאון (13), חרדות, תסמונת פוסט טראומטית. האם אובחנת כחולה במחלת נפש?				
3	מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני (24).				
4	מערכת ריאות ודרכי נשימה (1): לרבות אסטמה, ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות, שחפת.				
5	מערכת הראיה (11): לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 7, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס.				
6	מערכת אף אוזן וגרון: לרבות ירידה בשמיעה (12), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טינטון, פוליפים, פגיעה במיתרי הקול.				
7	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	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	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	מחלה מטבולית, הורמונאלית (אנדוקרינולוגיה): לרבות סוכרת (7), שומנים בדם (9), שיגדון (גאוט), גושה, (18) FMF, בלוטת התריס/המגן (8), יותרת המגן/התריס, יותרת המוח (פרולקטינומה/פרולקטינימה), הפרעות בגדילה (8).				
11	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	מערכת השלד, השרירים, מפרקים (10), (19), בעיות ברכיים (17): לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב (5), בעיה בחוליות, בכטרה, בריחת סידן (אוסטיאופורוזיס/אוסטיאופניה), פרטס, מחלת מפרקים ניוונית (אוסטוארטרוזיס), דלקת מפרקים שגרנית (ראמטיד ארטריטיס), לופוס (זאבת), פיברומיאלגיה, תסמונת התשישות הכרונית, סקלרודרמה.				
13	מערכת עור ומין (26): לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, צלקות, נגע /או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה.				
14	מערכת הרבייה (27): נשים: לרבות גוש בשד/אבצס בשד, דימומים בלא קשר לווסת החודשית, רחם שרירני, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, הפלות חוזרות, צניחת רחם /או הנרתיק, בעיות פרייון, האם את כעת בהריון? גברים: גוש בשד/אבצס בשד, בעיות פרייון, אשך טמיר, גידול באשך, וריקוצולה, 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 תהיינה 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 *
--	---	------------------------------------

הצהרת סוכן הביטוח / עד לחתימה:

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

	חתימת הסוכן / עד לחתימה *	מספר רישיון סוכן	שם פרטי ומשפחה	
--	-------------------------------------	------------------	----------------	--



011130010202010419



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 בעלי 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 (בעלי 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:
 - עלי/נו 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 שביני/נו 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 שביני/נו 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 בעלי 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 9 מתוך 14

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
(צורך 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, ה"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.



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"/> ר <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג
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 לא פעיל	<input type="checkbox"/> עמית פעיל
ישוב		כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד

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 *	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
- בחיוב מס' _____ (מס' החשבון בקופת הגמל המעבירה) בקופת הגמל _____ (שם קופת הגמל המעבירה)
- לחיוב 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)



011770500102220921

עמוד 13 מתוך 14

קוד מסמך: 1770

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 לסיכוני מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכוני נכות - ככל שנקבעו, ואשר נדרשים לפי הוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון 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 כל 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 העמית
			* חתימת האפטרופוס *

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

