



| | |
|-------------|-----------------|
| שם הסוכן | מספר רשיון סוכן |
| שם המפקח | מספר הסוכן |
| מספר פוליסה | |

מספר הסכם

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 בעיפרון

חבילת "נקודת אור"

מיועדת לרכישת ביטוח למקרה פטירה אור 1 ריזיקו מתחדש וכיסוי להקדמת מחצית תשלום סכום הביטוח במקרה של מחלה חשוכת מרפא.
מיועד למבוטחים עד גיל כניסה לביטוחי 55

טופס מספר **2659**

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 ולבעלות על הפוליסה | | | | | |
|---|--------------------------|---------|--|---|---|
| מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | מין | מצב משפחתי |
| | | | | נ <input type="checkbox"/> ז <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 | | אני מבקש לקבל הודעות ומסמכים מטעם החברה (לרבות: דוח שנתי מקוצר, דף פרטי ביטוח, תנאי הפוליסה וגילוי נאות) באחד האמצעים שלהלן: | | |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| במקרה שלא סומנה בחירה לעיל, יישלחו המסמכים הנ"ל באמצעות מסרון או דוא"ל של המבוטח הראשי עפ"י הרשום לעיל. | | | | | |

| ב. תוכנית הביטוח - יש לבחור אחת מהאפשרויות הבאות - מבוטח רשאי לרכוש חבילה אחת בלבד | | | | |
|---|-----------|-----------|-------------|---|
| הכיסויים | חבילה 1 | חבילה 2 | חבילה 3 | גיל תום ביטוח |
| <input type="checkbox"/> אור 1 ריזיקו מתחדש הקדמת תשלום מחצית סכום הביטוח בעת מחלה חשוכת מרפא | 500,000 ₪ | 750,000 ₪ | 1,000,000 ₪ | 67 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ריסק MAX הקדמת תשלום מחצית סכום הביטוח בעת מחלה חשוכת מרפא | | | | 67 |
| * אם לא יסומן גיל ביטוחי בתום תקופת הביטוח המבוקש, ברירת המחדל תהיה לגיל 67 (הגיל - כהגדרתו בתנאי הפוליסה). ** סכומי הביטוח צמודים למדד. | | | | |

| ג. אופן תשלום הגביה | |
|---------------------|--|
| אופן הגביה | <input type="checkbox"/> חודשי (באמצעות הוראת קבע או כרטיס אשראי בלבד) 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 |
| אמצעי גביה | <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי - יש למלא טופס "הוראה לחיוב חשבון" (טופס 5 מצ"ב). <input type="checkbox"/> הוראת קבע - יש למלא טופס "הוראה לחיוב חשבון" (טופס 5 מצ"ב). |

| ד. מוטבים - במקרה פטירה | | | | | |
|-------------------------|----------|---------|------------|-------------|-----------------------------------|
| מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | קרבה למבוטח | החלק היחסי בתגמולי הביטוח באחוזים |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

(מהדורה 10.2022)



0175026590104061022

עמוד 1 מתוך 6

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 750

ה. הצהרת בריאות

| גובה (ס"מ) | | משקל (ק"ג) |
|--------------------------|--------------------------|--|
| לא | כן | יש לסמן כן /לא ולפרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 הרגלי עישון (יש לסמן ולמלא את הפרטים הבאים) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | האם הנך מעשן כיום? שים לב: השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק. אם כן, ציין מס' סיגריות/פעמים |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת ב- שנתיים האחרונות? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 האם נקבעה לך נכות כלשהי בשיעור של 35% או יותר? (23) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 האם אושפזת בבית חולים כתוצאה ממחלה או מתאונה במהלך שלוש השנים האחרונות? אם התשובה חיובית, יש לצרף סיכום מחלה / אשפוז (3) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 האם במהלך חיירך אובחנו מומים/ הפרעות באחד או יותר מהאיברים ו/או המערכות הבאים ו/או חלית באחת המחלות הבאות? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | א. מערכת לב [2] <input type="checkbox"/> כלי דם (14) <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם (28) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ב. סכרת (7) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ג. מערכת ריאות ודרכי נשימה (1) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ד. סרטן <input type="checkbox"/> גידולים (24) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ה. מעיים <input type="checkbox"/> כבד (29) <input type="checkbox"/> לבלב (6) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ו. נפש: לרבות דיכאון, תסמונת פוסט טראומטית, הפרעת נפש אחרת (13) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ז. מערכת העצבים והמוח (4) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ח. כליות ודרכי שתן (15) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 מחלות של מערכת החיסון (אוטואימוניות) לרבות: איידס/נשאות, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים (25) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 האם ב- 5 השנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית ו/או פולשנית ו/או בדיקת הדמיה ונמצא בה ממצא שהצריך ברוח/מעקב רפואי? אם כן צרף את תוצאות הבדיקות/ופרט: |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7 האם יש לך עיסוקים/תחביבים/אורח חיים עם סיכון מיוחד? אם כן, צרף שאלון תחביבים/מקצועי מתאים. ברכישת כוסי לאובדן כושר עבודה או נכות מתאונה. אנו 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. ההחגרה תהיה נכונה למועד קרות מקרה הביטוח. הנוו ממליצים לבדוק את רשימת ההחרגות לספורט אתגרי מעת לעת. |

אני הח"מ מצהיר ומאשר כדלקמן:

1. (א) כל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. (ב) אם אדרש לכך על ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בבדיקה 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 קבלה או לא קבלה את ההצעה. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.

2. ויתור על סודיות רפואית: אני הח"מ נותן רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה וכן 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" ו/או "למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ" ("המבקש") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאות ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/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 ו/או מחלותי 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 תכנית 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 הנזכרים לעיל.

השימוש במידע יעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד

| | |
|---|------------------|
| <input type="text"/> | תאריך |
| <input type="text"/> | חתימת המועמד * |
| הצהרת סוכן הביטוח / עד לחתימה: אני הח"מ מאשר בזאת כי המועמד לביטוח חתם בפניי. | |
| <input type="text"/> | שם פרטי ומשפחה |
| <input type="text"/> | מספר רישיון סוכן |
| <input type="text"/> | חתימת סוכן * |



1. הצהרות המבוטח

הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה: כל תשובות, הפרטים והמידע האחר שנמסר במסגרת הצעה זו ו/או במסגרת הצהרת הבריאות ("המידה") 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.

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 ישרי, 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 אודותי 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 מהוויים 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 להקלית את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת.

הצהרה בדבר מרכיבי התכנית והתאמתם למבוטח: החברה מסרה לי כי תכניות הביטוח המשווקות על ידה מעת לעת, לרבות התכנית נשוא הצעה זו, מפורסמות באתר האינטרנט של החברה. מרכיבי התכנית הנרכשת לרבות הכיסיים הביטוחיים, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי ביטוח וגבולות אחריות עיקריים, וכן אמצעי התשלום ותנאי התשלום האפשריים הובאו לידיעתך. כמו כן, נמסר לי דבר קיומם/ אי קיומם של תקופת המתנה ו/או תקופת אכשרה ו/או החרגות לכיסוי הביטוחי ו/או השתתפות עצמית, גובה ההנחות (במידה וישנן) והתנאים לביטול, וידוע לי כי באפשרותי לקבל מידע מפורט בעניין זה. כן ידוע לי, כי קיימות בחברה תכניות ביטוח נוספות מסוגים שונים, הנבדלים מהתכנית הנרכשת בהרכב הכיסי הביטוחי, בעלותם ובהיקפם, ואני מאשר, כי נמסרו לי תוצאות התאמת הצרכים ובכלל זה ההבדלים בין הפוליסות שהוצעו לי לרבות פרמיית הביטוח, תנאי הפוליסה והשירות של החברה או כל סיבה אחרת שבשלה הומלץ לי להצטרף לתוכנית/ות המבוקשת/ות וכן שיפור תנאי הכיסי או השירות או כל סיבה אחרת שבשלה הומלץ לי לעבור פוליסה, וכי התכנית אליה אני מבקש להתקבל, נבחרה לאחר שמצאתי אותה מתאימה לצרכי. כמו כן נמסר לי כי מעת לעת מוציאה החברה תכניות חדשות וכי ראוי לבדוק ולברר בכל עת בעתיד את המוצר הנרכש ביחס לאלו שהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התכנית נשוא ההצעה עשויים להשתנות.

איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי

לתשומת ליבך, רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם.

במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. לנוחותך, תוכל למלא בקשה להסרת פרטיך מהממשק באמצעות טופס דיגיטלי באתר האינטרנט של חברתנו בכתובת: www.migdal.co.il

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

| | | | |
|--|--|--|--------------|
| | חתימת המועמד לביטוח ★ ולבעלות על הפוליסה | | תאריך |
|--|--|--|--------------|

2. הסכמה לפניית שיוקיות - (רשות)

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

| | | | |
|--|--|--|--------------|
| | חתימת המועמד לביטוח ★ ולבעלות על הפוליסה | | תאריך |
|--|--|--|--------------|

3. הצהרת הסוכן בדבר התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח - חובה לסמן את אחת מהאפשרויות

1. הריני מצהיר כי התאמת את הביטוח לצרכי המועמד לביטוח וכי תהליך ההתאמה כלל בין היתר התייחסות לביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשות המועמד לביטוח, לסוגי הביטוחים הרלוונטיים הקיימים בחברת הביטוח וכן לסוגי הביטוחים הרלוונטיים המשויקים על ידי
2. הריני מצהיר כי הצגתי ומסרתי למועמד לביטוח את תוצאות הליך ההתאמה ובכלל זה את ההבדלים בין הפוליסות שהוצעו לו לרבות פרמיית הביטוח, תנאי הפוליסה והשירות שיינתן למבוטח בחברה אליה מבקש להצטרף או כל סיבה אחרת שבשלה המלצתי למועמד לביטוח להצטרף לתוכנית/יות המבוקשת/ות. במקרה של החלפת פוליסה קיימת, הצגתי למועמד גם את שיפור תנאי הכיסי או השירות או כל סיבה אחרת שבשלה המלצתי למבוטח לעבור פוליסה.
3. הריני מצהיר כי יידעתי את המועמד לביטוח לגבי חברות שדמי העמילות שאני מקבל מהן בשנה הקלנדרית האחרונה עולים על 40% מסך כל דמי העמילות שאני מקבל עבור כלל המוצרים מאותו ענף ביטוח וכי אני משווק בעיקר את החברות האמורות. כמו כן, ציינתי בפני המועמד לביטוח את מספר כל החברות המשווקות את מוצר הביטוח שהוצע לו.
4. הריני מצהיר שבחנתי את רשימת מוצרי הביטוח הקיימים של המועמד לביטוח המופקת באמצעות אתר הר הביטוח (לכל הפחות) ומצאתי כי:

יש לסמן את אחת מהאפשרויות

- לא קיימת למועמד פוליסה עבור מקרה ביטוח דומה במגדל או בחברת ביטוח אחרת.
- קיימת למועמד פוליסה עבור מקרה ביטוח דומה במגדל או בחברת ביטוח אחרת - על המועמד לאשר את הצטרפותו לתכנית נוספת בסעיף י' או לחילופין לסמן כי **בכוונתו לבטל את הפוליסה הקיימת בסעיף ט'**

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



ט. הקטנה / ביטול פוליסה / כיסוי ביטוחי שבתוקף

1. האם קיימת ברשותך פוליסה/כיסוי ביטוחי, שברצונך לבטל בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו? כן לא
2. האם קיימת ברשותך פוליסה/כיסוי ביטוחי, שברצונך להקטין בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו? כן לא

אם ענית כי ברצונך לבטל את הפוליסה הקיימת ברשותך:
האם ברצונך כי בקשת הביטול תשלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת:

על ידך

על ידי סוכן הביטוח, יש למסור לסוכן טופס בקשת ביטול מס' 305 חתום

על ידי חברת הביטוח מגדל, יש לצרף טופס בקשת ביטול מס' 305 חתום ולציין את שם חברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת _____

הצהרת הסוכן:

הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול אל חברת הביטוח בה מתנהלת הפוליסה הקיימת שברשות המבוטח או מתחייב להעביר את הבקשה אל מגדל, למשלוח באמצעותה, לפי בחירת המבוטח.

תאריך חותמת הסוכנת חתימת הסוכן

לתשומת לב: ככל שיקבעו לך החרגות בהליך החיתום, תשובה חיובית לשאלה מס' 1 או 2 לסעיפים שלעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת הפוליסה החדשה.

י. אישור המועמד/ים להצטרפות לתכנית נוספת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה

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

תאריך שם המבוטח חתימת המבוטח

יא. הצהרת הסוכן

הריני מצהיר בזאת כי שאלתי את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות למעלה וקיבלתי ממנו את כל הפרטים/המסמכים שפורטו וצורפו לטופס זה וכי המסמך נחתם לפניי.

תאריך חתימת הסוכן





| | |
|----------------|------------------|
| 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 | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> בכל פוליסות / תוכניות פרט / תגמולים לעצמאים ע"ש המבוטח | <input type="checkbox"/> 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) | | | | |
|--|----------|--------------------|------------|-------------|
| אני מר/גברת: | | בעל כרטיס אשראי | | |
| מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | סוג הכרטיס | מספר הכרטיס |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <p>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 שיופסק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר.</p> <p>ידוע לי כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח/קרן הפנסיה.</p> | | | | |
| תאריך | _____ | חתימת בעל/י החשבון | _____ | |

| תשלום בהוראת קבע | | | | | | |
|--|-----------|--|-------|--------------------|----------|-------|
| שם הבנק | מספר סניף | מספר בנק | יישוב | כתובת הסניף (רחוב) | מספר בית | ת"ד |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| מספר חשבון | | סוג חשבון | | קוד מוסד | | |
| _____ | | _____ | | 00602 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> הרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות | | <input type="checkbox"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות: | | | | |
| <input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב ש"ח | | <input type="checkbox"/> 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/ינו 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 |
|---|
| <input type="checkbox"/> אם המשלם אינו מועמד לביטוח יש לפרט את מהות הקשר בינו לבין המועמד/ים לביטוח <input type="checkbox"/> קרבה מדרגה ראשונה <input type="checkbox"/> קשר עובד מעסיק <input type="checkbox"/> בעל פוליסה חריג <input type="checkbox"/> טופס זיקה |

1078

מק"ט 521110003 (מחזורת 04.2023)



011120050102010423

עמוד 5 מתוך 6

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 * | | |

