



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.

שם הסוכן	מספר רישיון סוכן
שם המפקח	מספר סוכן
מספר הפוליסה	

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

## הצעה לביטוח למקרה פטירה לבני זוג

מיועד לרכישת ביטוח למקרה פטירה לסכומי ביטוח בתכנית אור 1 שלא יעלה על 2,000,000 ש"ח או בתכנית מגדל הכנסה למשפחה בסכום שלא יעלה על 2,500,000 ש"ח

טופס מספר **1217**

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 המועמדים לביטוח

פרטי המועמד לביטוח					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> מקבה	<input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ג
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מספר טלפון
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני		
<input type="text"/>	עיסוק		<input type="checkbox"/> הודעת טקסט (מסרון)		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> דואר		

במקרה שלא סומנה בחירה לעיל, יישלחו המסמכים הנ"ל באמצעות מסרון או דוא"ל של המבוטח הראשי עפ"י הרשום לעיל.

### פרטי המועמד השני (בן/בת זוג)

פרטי המועמד השני (בן/בת זוג)					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> מקבה	<input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ג
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מספר טלפון
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני		
<input type="text"/>	עיסוק		<input type="checkbox"/> הודעת טקסט (מסרון)		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> דואר		

במקרה שלא סומנה בחירה לעיל, יישלחו המסמכים הנ"ל באמצעות מסרון או דוא"ל של המבוטח הראשי עפ"י הרשום לעיל.

### ב. הכיסוי הביטוחי היסודי המבוקש (\*)

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

\* אם לא יסומן גיל ביטוחי בתום תקופת הביטוח המבוקש, ברירת המחל תהיה לגיל 67 (הגיל כהגדרתו בתנאי הפוליסה).  
\*\* סכומי הביטוח צמודים למדד.  
\*\*\* ריסק מקס - תום ביטוח גיל 67 בלבד סכום ביטוח מינימאלי 750,000 ₪.

(מהדורה 10.2022)



0175012170105191022

עמוד 1 מתוך 7

קוד מסמך: 113/750

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

המועמד לביטוח			
גיל תום הביטוח	מספר תשלומים לתשלום במקרה פטירה	*סכום התשלום החודשי במקרה פטירה	אופן התשלום במקרה פטירה
_____ גיל תום הביטוח	120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/>	ש"ח _____	<input type="checkbox"/> מספר תשלומים קבוע
_____ גיל תום הביטוח	120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/>	ש"ח _____	
_____ גיל תום הביטוח	120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/>	ש"ח _____	
_____ גיל תום הביטוח	עד גיל תום הביטוח המבוקש	ש"ח _____	<input type="checkbox"/> תשלום עד גיל תום הביטוח המבוקש
המועמד השני לביטוח			
גיל תום הביטוח	מספר תשלומים לתשלום במקרה פטירה	*סכום התשלום החודשי במקרה פטירה	אופן התשלום במקרה פטירה
_____ גיל תום הביטוח	120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/>	ש"ח _____	<input type="checkbox"/> מספר תשלומים קבוע
_____ גיל תום הביטוח	120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/>	ש"ח _____	
_____ גיל תום הביטוח	120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/>	ש"ח _____	
_____ גיל תום הביטוח	עד גיל תום הביטוח המבוקש	ש"ח _____	<input type="checkbox"/> תשלום עד גיל תום הביטוח המבוקש

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

### ד. אופן התשלום והגבייה

<input type="checkbox"/> חודשי (באמצעות הוראת קבי או כרטיס אשראי בלבד) 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.	אופן גבייה
<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי - יש למלא טופס "הוראה לחיוב חשבון" (מצ"ב). <input type="checkbox"/> הוראת קבע - יש למלא טופס "הוראה לחיוב חשבון" (מצ"ב).	אמצעי גבייה

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

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

(מהדורה 10.2022)



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

אני מאשר כי במסגרת הליך מכירת המוצר/ים המפורט/ים בטופס זה, מילאתי אחר כל הוראות הממונה על פי חוזר צירוף לביטוח, ובכלל זה:

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

יש לסמן את אחת מהאפשרויות עבור המועמדים

	מבוטח ראשי	מבוטח משני
לא קיימת למועמד פוליסה עבור מקרה ביטוח דומה במגדל או בחברת ביטוח אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
קיימת למועמד פוליסה עבור מקרה ביטוח דומה במגדל או בחברת ביטוח אחרת - על המועמד לאשר את הצטרפותו לתכנית נוספת בסעיף ח' או לחילופין לסמן כי בכוונתו לבטל את הפוליסה הקיימת בסעיף ז'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. הצהרת סוכן בשיווק יזום למבוטח שהוא אזרח ותיק, שלא נעשה במהלך פגישה פיזית (גיל 67 ומעלה) הנני מצהיר כי:

- עברתי במהלך השנה הקלנדרית הכשרה למתן שירות לאזרח ותיק כנדרש בחוזר צירוף לביטוח.
- בצעתי את הליך השיווק בשני שלבים. בשלב הראשון, הצגתי למועמד לביטוח את עיקרי הכיסוי הביטוחי של המוצר/ים ששווקו לו ואף מסרתי לו תמצית כתובה של עיקרי הכיסוי הביטוחי על פי הנוסח הקבוע בחוזר צירוף לביטוח, בדואר /באמצעי דיגיטלי בהתאם לבחירת המועמד לביטוח. כמו כן, הצעתי למועמד לביטוח להתייעץ עם קרוב משפחה או אדם אחר בקשר לרכישת הביטוח המוצע.
- בשלב השני, המשך וסיום הליך השיווק בוצע על ידי לאחר 2 ימים לפחות ממועד מסירת ההצעה הראשונית/עיקרי הכיסוי הביטוחי.

תאריך	חתימת הסוכנות	חתימת הסוכן *
-------	---------------	---------------

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

	מבוטח ראשי	מבוטח משני
1. האם קיימת ברשותך פוליסה/כיסוי ביטוחי, שברצונך לבטל בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
2. האם קיימת ברשותך פוליסה/כיסוי ביטוחי, שבכוונתך להקטין בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
אם ענית כי ברצונך לבטל את הפוליסה הקיימת ברשותך: האם ברצונך כי בקשת הביטול תשלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת: 1. על ידך 2. על ידי סוכן הביטוח, יש למסור לסוכן טופס בקשת ביטול מס' 305 חתום 3. על ידי חברת ביטוח מגדל, יש לצרף טופס בקשת ביטול מס' 305 חתום ולציין את שם חברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

הצהרת הסוכן:

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

תאריך	חתימת הסוכנות	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.

### ח. אישור המועמדים להצטרפות לתכנית נוספת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה

הנני מבקש להצטרף לתכנית המבוקשת על אף שיש בידי פוליסה קיימת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה וכי ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח (פרמיות) עבור שתי הפוליסות.

אישור זה מתייחס לתוכניות ביטוח למקרה מוות או שחרור מתשלום פרמיות במקרה אובדן כושר עבודה, או נכות מתאונה.

ראשי	תאריך	מאשר <input type="checkbox"/>	חתימה *
בן/בת זוג	תאריך	מאשר <input type="checkbox"/>	חתימה *
		לא מאשר <input type="checkbox"/>	
		לא מאשר <input type="checkbox"/>	

אין באמור בכדי להוות אישור החברה על ביטוח קיים בתוקף במגדל.



## ט. הצהרות המועמד לביטוח

אני הח"מ מבקש להתקבל כמבוטח בהתאם לתנאי פוליסות הביטוח שנבחרה בהצעה זו ואני מצהיר כדלקמן:

- הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה:** כל התשובות, הפרטים והמידע האחר שנמסר במסגרת הצעה זו ו/או במסגרת הצהרת הבריאות ("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 ונכונות עלולה להשפיע על תשלום תגמולי הביטוח. אני מתחייב להודיע לחברה אם בעתיד יחול שינוי באלו המידע שנמסר וזאת מיד עם היוודע לי על דבר השינוי.
- הצהרה בקשר לכיסוי אוברדן כושר עבודה:** אם התבקש כיסוי לאוברדן 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 במקצועו 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, ישמר במאגרי המידע של החברה כן בגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע שמסרתי ימסר לסוכן הביטוח/בעל רישיון לצרכי שירות לגורמים נוספים כמתחייב בד"ן (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגדי). מדיניות הגנת הפרטיות של קבוצת מגדל זמינה עבורך באתר האינטרנט <https://www.migdal.co.il> או באפליקציה של החברה.
- הצהרה בדבר מרכיבי התכנית והתאמתם למועמד לביטוח:** 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 הכיסויים הביטוחיים, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי ביטוח וגבולות אחריות עיקריים, וכן אמצעי התשלום ותנאי התשלום האפשריים הובאו לידיעתי. כמו כן, נמסר לי דבר קיומם / אי קיומם של תקופת המתנה ו/או תקופת אכשרה ו/או חרגות לכיסוי הביטוחי ו/או השתתפות עצמית, גובה ההנחות (במידה ישנן) 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 הכיסוי 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/ת המבוקשת/ות וכן שיפור תנאי הכיסוי 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 שיהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התכנית נשוא הצעה עשויים להשתנות.
- 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 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.
- 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](http://www.migdal.co.il) ידיעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

	<b>חתימת המועמד השני לביטוח</b> ★	<b>חתימת המועמד לביטוח</b> ★	
	*	*	תאריך

## י. הסכמה לפניית שיווקיות - (רשות)

אני מסכים / לא מסכים כי המידע ישמש את החברה ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לרבות סוכן הביטוח שלי, 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 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](mailto:mokedbi@migdal.co.il).

	<b>חתימת המועמד השני לביטוח</b> ★	<b>חתימת המועמד לביטוח</b> ★	
	*	*	תאריך

## יא. הצהרות הסוכן

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

	<b>חתימת הסוכן</b> ★	
	*	תאריך







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/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

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 6 מתוך 7

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 הוצא/ו 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	<b>00602</b>	
תאריך	בנק וסניף	חתימה וחותמת הסניף *		

