



שם הסוכן	מספר רישיון סוכן
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.

מספר הסכם

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

## הצעה לביטוח לפרט - לכיסויים ביטוחיים בלבד (תוכניות שאינן מוכרות כקופת גמל)

טופס מספר **165**

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 - אם לא קיימת זהות בין המבוטח לבעל הפוליסה יש למלא גם סעיף ב'

פרטי המועמד לביטוח						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי		תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
					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
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) <input type="checkbox"/> דואר		
במקרה שלא סומנה בחירה לעיל, ישלחו המסמכים הנ"ל באמצעות מסרון או דוא"ל של המבוטח הראשי עפ"י הרשום לעיל.						
פרטי המועמד השני (בן/בת זוג)						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי		תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
					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
מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני			מיקוד		

### ב. פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה - חובה למלא אם בעל הפוליסה אינו המבוטח

מספר זהות / ח"פ / ח"צ	שם משפחה / שם חברה		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
דואר אלקטרוני						

### ג. זיקה בין המשלם למבוטח/בעל הפוליסה

סמן את מהות הקשר בין המשלם למבוטח/בעל הפוליסה

קרבה מדרגה ראשונה (בן זוג, הורה, ילד, אח) פרט

קרבה משפחתית שאינה ממדרגה ראשונה. פרט

יחסי עובד מעביד  שותף עסקי

סוכן יועץ בכל מקרה בו הסוכן הוא צד לזיקה יש למלא שאלון נפרד

זיקה אחרת, פרט \_\_\_\_\_

אין

הצהרת המשלם: אני הח"מ, מצהיר בזאת על נכונות הפרטים בסעיף ב' והפרטים אודות אופן תשלום הפרמיה והגבייה ועל כך שהתשלום הנ"ל יבוצע עבור המבוטח וכי כל החזר של פרמיה ו/או כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה או בקשר אליה, יבוצע לפקודת בעל הפוליסה / המבוטח בהתאם למקרה בלבד.

תאריך

שם פרטי ושם משפחה

חתימת המשלם



017501650105010723

עמוד 1 מתוך 10

מגדל חברה לביטוח בע"מ  
 קוד מסמך: 750

### ד. הביטוח היסודי המבוקש (לכל אחד מהמבוטחים תפתח פוליסה נפרדת)

גיל תום הביטוח	סכום הביטוח	הביטוח היסודי	מועמד ראשי לביטוח
75 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 65 <input checked="" type="checkbox"/>	ש"ח _____	אור *1	
גיל תום ביטוח 67	ש"ח _____ מינימום סכום ביטוח 750,000 ש"ח	ריסק MAX ביטוח למקרה מוות *	
75 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 65 <input checked="" type="checkbox"/>	ש"ח _____	אור *1	מועמד שני לביטוח (בן/ בת זוג)
גיל תום ביטוח 67	ש"ח _____ מינימום סכום ביטוח 750,000 ש"ח	ריסק MAX ביטוח למקרה מוות *	

\* תום ביטוח "אור 1" - אם לא יסומן תום ביטוח ל"אור 1", ברירת המחדל תהיה 75 (הגיל - כהגדרתו בתנאי הפוליסה)

### שחרור מתשלום פרמיות במקרה אובדן כושר עבודה כולל אובדן כושר עבודה חלקי בדמי ביטוח משתנים

<input type="checkbox"/> מבוטח ראשי	<input type="checkbox"/> מבוטח שני (בן/בת זוג)
כיסוי לגיל תום _____ (ניתן בין 60-67, ברירת המחדל בהעדר הנחיות תהיה 67)	כיסוי לגיל תום _____ (ניתן בין 60-67, ברירת המחדל בהעדר הנחיות תהיה 67)
<input type="checkbox"/> הגדרת עיסוק ספציפי	<input type="checkbox"/> הגדרת עיסוק ספציפי
<input type="checkbox"/> פרנצי'זה	<input type="checkbox"/> פרנצי'זה
<input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל- 1 חודש <input type="checkbox"/> 2 חודשים יש לסמן רק אפשרות אחת, לא ניתן לרכישה עם פרנצי'זה	<input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל- 1 חודש <input type="checkbox"/> 2 חודשים יש לסמן רק אפשרות אחת, לא ניתן לרכישה עם פרנצי'זה

### ה. מגדל הכנסה למשפחה (יירכש בפוליסה נפרדת)

מועמד לביטוח:  מגדל הכנסה למשפחה. יש לקבוע את אופן התשלום, את הסכום המבוקש לתשלום חודשי וגיל תום ביטוח. בבחירת מספר תשלומים קבוע יש לבחור את מספר התשלומים המבוקש.

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

המועמד השני לביטוח (בן/בת זוג):  מגדל הכנסה למשפחה. יש לקבוע את אופן התשלום, את הסכום המבוקש לתשלום חודשי וגיל תום ביטוח. בבחירת מספר תשלומים קבוע יש לבחור את מספר התשלומים המבוקש.

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

### ו. מועד ואופן 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.  
 חודשי  הוראת קבע  כרטיס אשראי



## ז. ביטוחים נוספים עבור מועמד לביטוח ומועמד שני לביטוח

מועמד	סוג ביטוח	**מוות מתאונה	**נכות מתאונה	תשלום מחצית מסכום הביטוח* במקרה מחלה חשוכת מרפא	
למועמד לביטוח	סכום הביטוח	ש"ח _____	סכום הביטוח	ש"ח _____	<input type="checkbox"/>
למועמד שני לביטוח	סכום הביטוח	ש"ח _____	סכום הביטוח	ש"ח _____	<input type="checkbox"/>

\* תום הביטוח לכיסוי זה יהיה 12 חודשים לפני מועד הסיום של הכיסוי או 1 רזיקו מתחדש.  
 \*\* ביטוחים נוספים - תום תקופה לכיסוי מוות מתאונה - גיל 65 כהגדרתו בתנאי הפוליסה; תום תקופה לכיסוי נכות מתאונה - גיל המבוטח בהתאם ליום הולדתו ה-65.

## ח. מוטבים: בח"י המבוטח - המבוטח. במות המבוטח:

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

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

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

- הריני מצהיר כי התאמת את הביטוח לצרכי המועמד לביטוח וכי תהליך ההתאמה כלל בין היתר התייחסות לביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשות המועמד לביטוח, לסוגי הביטוחים הרלוונטיים הקיימים בחברת הביטוח וכן לסוגי הביטוחים הרלוונטיים המשוקים על ידי.
- הריני מצהיר כי הצגתי 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 ידעתי 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 משוקק בעיקר את החברות האמורות. כמו כן, ציינתי בפני המועמד לביטוח את מספר כל החברות המשוקקות 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:

מבטח ראשי	מבטח משני
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 יא' או לחילופין לסמן כי כוונתו לבטל את הפוליסה הקיימת בסעיף י'

## 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.

<input type="text"/>	תאריך
<input type="text"/>	חותמת הסוכנות
<input type="text"/>	חותמת הסוכן*



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

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

### הצהרת הסוכן:

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

תאריך <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	חותמת הסוכנות <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	חתימת הסוכן ★ <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>
--	---	---

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

## יא. 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.

ראשי <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	תאריך <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	חתימה ★ <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>
בן/בת זוג <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	תאריך <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	חתימה ★ <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>

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

## יב. הצהרות המבוטח/ים

אני ה"מ מבקש להתקבל כמבוטח בהתאם לתנאי פוליסות הביטוח שנבחרה בהצהרה 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 ממשש 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 תגומולי 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 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, 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 תאגיד או מכירת עסקי הקבוצה). 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 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 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/ות 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 שהיו 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 מההווים 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.



### יב. הצהרות המבוטחים - המשך

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)

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

<input type="text"/>	חתימת המועמד השני לביטוח *	<input type="text"/>	חתימת המועמד לביטוח *	<input type="text"/>	חתימת המועמד לבעלות בפוליסה *	<input type="text"/>	תאריך
----------------------	----------------------------	----------------------	-----------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------	-------

### יג. הסכמה לפניות שיווקיות - (רשות)

אני מסכים/  לא מסכים כי המידע יישמש את החברה ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן לצורך שיווק ודיוור ישיר אודות כיוויים ביטוחיים ומוצרים ו/או שירותים פיננסיים, פיננסיים אחרים 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).

<input type="text"/>	חתימת המבוטח/בעל הפוליסה *	<input type="text"/>	תאריך
----------------------	----------------------------	----------------------	-------

### יד. 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.

<input type="text"/>	חתימת הסוכן *	<input type="text"/>	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

טופס מספר **481**

**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'

שם ילד 4	שם ילד 3		שם ילד 2		שם ילד 1		רקע רפואי ואורח חיים:	מועמד שני לביטוח		מועמד לביטוח	
	לא	כן	לא	כן	לא	כן		לא	כן	לא	כן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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, 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. 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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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: _____ בן/בת זוג _____ מבוטח ראשי _____	<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"/>	אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות?	<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"/>	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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>

(מחזורת 04.2019)



שם ילד 4		שם ילד 3		שם ילד 2		שם ילד 1		האם במהלך חייו אובחנו מומים/הפרעות באחד או יותר מהאיברים ו/או המערכות הבאים ו/או חילת באחת המחלות הבאות?	מועמד שני לביטוח		מועמד לביטוח			
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן		לא	כן	לא	כן		
<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"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מערכת העצבים, המוח ו/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?
<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"/>	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?
<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"/>	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני (24).
<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"/>	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מערכת ריאות ודרכי נשימה (1): לרבות אסטמה, ברוניטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות, שחפת.
<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"/>	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.
<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"/>	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.
<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"/>	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, טרומבوزה, תסחיף ריאתי, מפרצת אאורטה, ורידים מורחבים, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים. האם עברת צנתור?
<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"/>	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בקע ומערכת העיכול (6): לרבות בקע/שבר/הרניה מכל סוג שהוא, ריפלוקס (החזר וושטי), קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, רקטוצלה, הפטיטיס/צהבת, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת (ציירוזיס), אבנים בדרכי המרה ו/או כיס מרה, דלקת בלבלב (פנקריאטיטיס).
<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"/>	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מערכת כליות ודרכי שתן (15): לרבות אי ספיקת כליות, כליה פולציסטית, מום בכליה או מום אחר, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות חוזרות, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית (16).
<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"/>	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), יותרת המגן/התריס, יותרת המח (פרולקטינומה/פרולקטינמה), הפרעות בגדילה (8).
<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"/>	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות (3): לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת הדם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון, איידס/נשאות, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים.
<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"/>	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מערכת השלד, השרירים, מפרקים (19), בעיות ברכיים (17): לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב (5), בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן (אוסטיאופורוזיס/אוסטיאופניה), פרטס, מחלת מפרקים ניוונית (אוסטאוארטרוזיס), דלקת מפרקים שגרונית (ראומטיד ארטריטיס), לופוס (זאבת), פיברומיאלגיה, תסמונת התשישות הכרונית, סקלרודרמה.
<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"/>	13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מערכת עור ומין (26): לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה.
<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"/>	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 ו/או הנרתיק, בעיות פרויון, האם את כעת בהריון? גברים: גוש בשד/אבצס בשד, בעיות פרויון, אשך טמיר, גידול באשך, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.

הערות:

(מהדורה 04.2019)



## 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:

1. (א) כל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. (ב) אם אדרש לכך על ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בדיקה 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.
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 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 הנזכרים לעיל.

השימוש במידע יעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.

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

### 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		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 (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 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 9 מתוך 10

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

