

שם הסוכן	מספר רישיון סוכן
שם המפקח	מספר סוכן
מספר הפוליסה	

מספר הסכמ

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

הצעה לביטוח חיים לפורשי ביטוח קבוצתי

(הטופס מיועד לפורשי קולקטיב המבקשים לעבור מפוליסה לביטוח קבוצתי לפוליסת פרט)

טופס מספר **2511**

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
מקצוע	עיסוק				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

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) למלא רק אם בן/בת הזוג היו מבוטחים במסגרת הביטוח הקולקטיבי

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
מקצוע	עיסוק				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
דואר אלקטרוני				
<input type="text"/>				

ג. זיקה בין המשלם למבוטח/בעל הפוליסה

רשום את מהות הקשר בין המשלם למבוטח/בעל הפוליסה: _____ (בכל מקרה בו הסוכן הוא צד לזיקה יש למלא שאלון נפרד)

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.

<input type="text"/>	שם פרטי ושם משפחה	<input type="text"/>	תאריך
<input type="text"/>	חתימת המשלם *	<input type="text"/>	<input type="text"/>



המועד המבוקש להתחלת הביטוח*

* 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.

מועד עזיבת עבודה של העובד/ת בקולקטיב

בכל מקרה מועד התחלת הביטוח לא יהיה לפני מועד עזיבת העבודה.

שנה	חודש	יום

ד. תקופת הביטוח היסודי ואופן תשלום

מועד ואופן תשלום דמי הביטוח	גיל תום תקופת הביטוח*	ריסק	מועד לביטוח
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. <input type="checkbox"/> חודשי <input type="checkbox"/> הוראות קבע <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי	תום תקופה הביטוח יקבע בהתאם לרשום בפוליסה הקבוצתית	ריסק	מועד שני לביטוח (בן/בת זוג)

* אם לא יוסמו גיל תום תקופת הביטוח בריסק, ברירת המחדל תהיה גיל 67 (הגיל - כהגדרתו בתנאי הפוליסה).

ה. הכיסוי הביטוחי היסודי המבוקש ()(*)**

למועד שני לביטוח (בן/בת זוג)	למועד לביטוח
כיסוי יסודי למקרה מוות	
<input type="checkbox"/> אור 1 סכום ביטוח _____ ש"ח	<input type="checkbox"/> אור 1 סכום ביטוח _____ ש"ח

ו. ביטוחים נוספים עבור מועמד לביטוח ומועמד שני

ביטוחים נוספים - עד גיל 65 או עד תום תקופת הביטוח היסודי, לפי המוקדם ביניהם.

מועד	סוג ביטוח	מוות מתאונה	נכות מתאונה	נכות מוחלטת ותמידית	כיסוי במחלה חשוכת מרפא
למועד לביטוח	סכום הביטוח _____ ש"ח	סכום הביטוח _____ ש"ח	סכום הביטוח _____ ש"ח	סכום הביטוח _____ ש"ח	<input type="checkbox"/> תשלום מחצית סכום
למועד שני לביטוח	סכום הביטוח _____ ש"ח	סכום הביטוח _____ ש"ח	סכום הביטוח _____ ש"ח	סכום הביטוח _____ ש"ח	הביטוח היסודי למקרה מוות

אם נתבקש כיסוי שאינו כלול בפוליסה הקבוצתית ו/או נתבקש לרכוש סכום ביטוח הגבוה מזה הניתן על פי תנאי הפוליסה הקבוצתית, יש למלא הצהרת בריאות.

ז. מוטבים: בח"י המבוטח - המבוטח. במות המבוטח:

מועד לביטוח	מספר זהות						שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למבוטח	החלק היחסי (%) בתגמולי הביטוח
	1	2	3	4	5	6				
מועד שני לביטוח (בן/בת זוג)	מספר זהות						שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למבוטח	החלק היחסי (%) בתגמולי הביטוח

שם הקולקטיב

(מהדורה 11.2022)

ח. הצהרות המבוטחי/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 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 תגומולי 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 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.

הצהרה בדבר מרכיבי התכנית והתאמתם למועמד לביטוח: החברה מסרה לי כי תכנית הביטוח המשווקת על ידה מעת לעת, לרבות התכנית נשוא הצעה זו, מפורסמת 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 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 הכיסוי הביטוחי, בעלותם ובהיקפם, ואני מאשר, כי נמסרו לי תוצאות התאמת הצרכים וכלל 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 שיהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התכנית נשוא ההצעה עשויים להשתנות.

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

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

ט. הסכמה לפניית שיווקית - (רשות)

אני מסכים / לא מסכים כי המידע ישמש את החברה ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לצורך שיווק ודיוור ישיר אודות כיסויים ביטוחיים ומוצרים ו/או שירותים פיננסיים, פיננסיים ואחרים ולפנייה בהצעה לרכישתם, וזאת בין היתר באמצעות פקסימיליה, הודעה אלקטרונית (דוא"ל), הודעת מסר קצר (SMS), מערכת 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.

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



י. 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:

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 המשוקים 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 הכיסוי 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 המשוקות את מוצר הביטוח שהוצע לו.
4. 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

	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 יב' או לחילופין לסמן כי בכוונתו לבטל את הפוליסה הקיימת בסעיף יא'.	<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:

- א. עברתי במהלך השנה הקלנדרית הכשרה למתן שירות לאזרח ותיק כנדרש בחוזר צירוף לביטוח.
- ב. 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.
- ג. בשלב השני, המשך וסיום הליך השיווק בוצע על ידי לאחר 2 ימים לפחות ממועד מסירת ההצעה הראשונית/עיקרי הכיסוי הביטוחי.

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

יא. 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"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
2. האם קיימת ברשותך פוליסה/כיסוי ביטוחי, שבכוונתך להקטין בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
אם ענית כי ברצונך לבטל את הפוליסה הקיימת ברשותך: האם ברצונך כי בקשת הביטול תשלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת: 1. על ידי <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 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	חותמת 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.



יב. 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.

מועמד ראשי: מאשר לא מאשר בן/בת זוג: מאשר לא מאשר

<input type="text"/>	תאריך	<input type="text"/>	ראשי
<input type="text"/>	חתימה *	<input type="text"/>	חתימה *
<input type="text"/>	תאריך	<input type="text"/>	בן/בת זוג

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

יג. אישור בעת מעבר מפוליסה לביטוח קבוצתי לפוליסה פרטית

אני מאשר ומצהיר שידוע לי כי:

- קיים שוני בהיקף הכיסוי בין הפוליסה לביטוח קבוצתי לבין התכנית/ות המבוקשת/ות וכי ניתן לקבל מידע מפורט לעניין זה מסוכן הביטוח.
- הביטוח הקבוצתי מסתיים החל ממועד התחלת הביטוח בתכנית/ות המבוקשת/ות וממועד זה, יחולו הוראות התכנית/ות המבוקשת/ות בלבד.

<input type="text"/>	תאריך	<input type="text"/>	חתימת מועמד ראשי *
<input type="text"/>	חתימת בן/בת זוג *	<input type="text"/>	חתימת מועמד ראשי *

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 וכי המסמך נחתם לפניי.

<input type="text"/>	תאריך	<input type="text"/>	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

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 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 לביצוע. 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	00602	
תאריך	בנק וסניף	חתימה וחותמת הסניף *		

