

תאריך תחילת הביטוח		
01		

מספר הסכם

הצעה לביטוח לפי תוכנית "ביטוח חיים למשכנתא"

טופס מספר **126**

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

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 ולבעלות על הפוליסה

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

אני מבקש לקבל הודעות ומסמכים מטעם החברה (לרבות: דוח שנתי מקוצר, דף פרטי ביטוח, תנאי הפוליסה וגילוי נאות) באחד האמצעים שלהלן:

דואר אלקטרוני
 הודעת טקסט (מסרון)
 דואר

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

המשכנתא הינה למטרת רכישת דירה יחידה כהגדרתה בחוק מיסוי מקרקעין, או רכישת קרקע לבנייה עצמית או בנייה עצמית ואין לך נכס אחר נוסף על הקרקע לבנייה עצמית או על המבנה שיבנה בבנייה עצמית כן לא

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

המשכנתא הינה למטרת רכישת דירה יחידה כהגדרתה בחוק מיסוי מקרקעין, או רכישת קרקע לבנייה עצמית או בנייה עצמית ואין לך נכס אחר נוסף על הקרקע לבנייה עצמית או על המבנה שיבנה בבנייה עצמית כן לא

ב. מוטבים

פרטי המוטבים במות המבוטח הראשי

א. המוטב הבלתי חוזר _____ (להלן: "המלווה") - בסכום השווה ליתרת ההלוואה המבוטחת הרשומה בספרי המלווה כהגדרתה בתנאים הכלליים של הפוליסה במועד קרות מקרה הביטוח ובכפוף לתנאי הפוליסה.

הנני ממנה את המוטב הבלתי חוזר בהצעה זו כמוטב בלתי חוזר יחיד למשך כל תקופת הביטוח ומוותר על האפשרות למנות בפוליסה זו מוטב בלתי חוזר נוסף.

ב. המוטב הר"מ (שאינו מוטב בלתי חוזר) - עבור יתרת סכום הביטוח, אם תיוותר לאחר הפחתת הסכום שישולם למוטב הבלתי חוזר, במועד קרות מקרה הביטוח ובכפוף לתנאי הפוליסה.

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

פרטי המוטבים במות המבוטח המשני

א. המוטב הבלתי חוזר _____ (להלן: "המלווה") - בסכום השווה ליתרת ההלוואה המבוטחת הרשומה בספרי המלווה כהגדרתה בתנאים הכלליים של הפוליסה במועד קרות מקרה הביטוח ובכפוף לתנאי הפוליסה.

הנני ממנה את המוטב הבלתי חוזר בהצעה זו כמוטב בלתי חוזר יחיד למשך כל תקופת הביטוח ומוותר על האפשרות למנות בפוליסה זו מוטב בלתי חוזר נוסף.

ב. המוטב הר"מ (שאינו מוטב בלתי חוזר) - עבור יתרת סכום הביטוח, אם תיוותר לאחר הפחתת הסכום שישולם למוטב הבלתי חוזר, במועד קרות מקרה הביטוח ובכפוף לתנאי הפוליסה.

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



ג. פירוט מאפייני ההלוואות המבוטחות ופירוט נתוני הביטוח בגין

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

שם המלווה	מספר סניף	מספר בנק	מספר ח.פ. / זהות	כתובת המלווה: רחוב	מס' בית	יישוב
הלוואה 1:						
מספר הלוואה	סכום הלוואה מבוטחת בש"ח	ריבית שנתית	סוג ההצמדה	*מועד סיום הביטוח עד סוף חודש _____ / _____		
			<input type="checkbox"/> לא צמודה <input type="checkbox"/> לדולר <input type="checkbox"/> מדד			
סוג ההלוואה		ריבית קבועה	ריבית משתנה			
		פרמיה משתנה כל שנה	פרמיה משתנה כל שנה			
<input type="checkbox"/> החזר קרן וריבית בתשלומים שווים ורצופים (שפיצר) <input type="checkbox"/> החזר קרן בתשלומים שווים ורצופים והחזר ריבית בתשלומים משתנים (החזר קרן שווה) <input type="checkbox"/> החזר קרן בסוף תקופה והחזר ריבית באופן שוטף (בלון גרייס - מוגבל ל10 שנים)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
*לא תהיה בהכרח חפיפה לתקופת ההלוואה אצל המלווה.						
הלוואה 2:						
מספר הלוואה	סכום הלוואה מבוטחת בש"ח	ריבית שנתית	סוג ההצמדה	*מועד סיום הביטוח עד סוף חודש _____ / _____		
			<input type="checkbox"/> לא צמודה <input type="checkbox"/> לדולר <input type="checkbox"/> מדד			
סוג ההלוואה		ריבית קבועה	ריבית משתנה			
		פרמיה משתנה כל שנה	פרמיה משתנה כל שנה			
<input type="checkbox"/> החזר קרן וריבית בתשלומים שווים ורצופים (שפיצר) <input type="checkbox"/> החזר קרן בתשלומים שווים ורצופים והחזר ריבית בתשלומים משתנים (החזר קרן שווה) <input type="checkbox"/> החזר קרן בסוף תקופה והחזר ריבית באופן שוטף (בלון גרייס - מוגבל ל10 שנים)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
*לא תהיה בהכרח חפיפה לתקופת ההלוואה אצל המלווה.						
הלוואה 3:						
מספר הלוואה	סכום הלוואה מבוטחת בש"ח	ריבית שנתית	סוג ההצמדה	*מועד סיום הביטוח עד סוף חודש _____ / _____		
			<input type="checkbox"/> לא צמודה <input type="checkbox"/> לדולר <input type="checkbox"/> מדד			
סוג ההלוואה		ריבית קבועה	ריבית משתנה			
		פרמיה משתנה כל שנה	פרמיה משתנה כל שנה			
<input type="checkbox"/> החזר קרן וריבית בתשלומים שווים ורצופים (שפיצר) <input type="checkbox"/> החזר קרן בתשלומים שווים ורצופים והחזר ריבית בתשלומים משתנים (החזר קרן שווה) <input type="checkbox"/> החזר קרן בסוף תקופה והחזר ריבית באופן שוטף (בלון גרייס - מוגבל ל10 שנים)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
*לא תהיה בהכרח חפיפה לתקופת ההלוואה אצל המלווה.						

(מחזורת 05.2023)



ג. פירוט מאפייני ההלוואות המבטוחות ופירוט נתוני הביטוח בגין - המשך

הלוואה 4:

מספר הלוואה	סכום הלוואה מבטוחת בש"ח	ריבית שנתית	סוג ההצמדה
			<input type="checkbox"/> לא צמודה <input type="checkbox"/> לדולר <input type="checkbox"/> מדד
*מועד סיום הביטוח עד סוף חודש _____ / _____			
סוג ההלוואה		ריבית משתנה	ריבית קבועה
		פרמיה משתנה כל שנה	פרמיה משתנה כל שנה
<input type="checkbox"/> החזר קרן וריבית בתשלומים שווים ורצופים (שפיצר)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> החזר קרן בתשלומים שווים ורצופים והחזר ריבית בתשלומים משתנים (החזר קרן שווה)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> החזר קרן בסוף תקופה והחזר ריבית באופן שוטף (בלון גרייס - מוגבל ל10 שנים)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*לא תהיה בהכרח חפיפה לתקופת ההלוואה אצל המלווה.

הלוואה 5:

מספר הלוואה	סכום הלוואה מבטוחת בש"ח	ריבית שנתית	סוג ההצמדה
			<input type="checkbox"/> לא צמודה <input type="checkbox"/> לדולר <input type="checkbox"/> מדד
*מועד סיום הביטוח עד סוף חודש _____ / _____			
סוג ההלוואה		ריבית משתנה	ריבית קבועה
		פרמיה משתנה כל שנה	פרמיה משתנה כל שנה
<input type="checkbox"/> החזר קרן וריבית בתשלומים שווים ורצופים (שפיצר)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> החזר קרן בתשלומים שווים ורצופים והחזר ריבית בתשלומים משתנים (החזר קרן שווה)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> החזר קרן בסוף תקופה והחזר ריבית באופן שוטף (בלון גרייס - מוגבל ל10 שנים)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*לא תהיה בהכרח חפיפה לתקופת ההלוואה אצל המלווה.

ד. הבהרות ותנאים נוספים

1. תקופת הביטוח תחל במועד כנקוב בדף פרטי הביטוח, לפי המבוקש בטופס הצעה זה להתחלת הביטוח ולא לפני מועד החתימה על טופס ההצעה, ואך ורק לאחר שהתקבל אמצעי תשלום המאפשר את גביית דמי הביטוח או לחילופין שולם התשלום הראשון של דמי הביטוח.
2. ידוע לי כי תקופת הביטוח בפוליסה תסתיים בתאריך גמר הביטוח כנקוב בדף פרטי הביטוח או במועד תשלום תגמולי הביטוח או במקרה שהודעתי על ביטול הפוליסה, בהתאם ובכפוף לתנאי הפוליסה, במועד כניסת הביטוח לתוקף על פי הוראות ההסדר התחיקתי - לפי המועד המוקדם מביניהם.
3. סכום הביטוח הראשוני ייקבע על פי סכום ההלוואה המבטוחת כפי שמצוין לעיל עבור כל הלוואה בנפרד. סכום זה ישתנה כמפורט בדף פרטי הביטוח, ובכפוף לתנאי הפוליסה.
4. ידוע לי כי הפרמיה תקבע בהתאם לגיל המבוטח ותנאי הקבלה לביטוח אשר נקבעו עבורו, וכן בהתאם למאפייני ההלוואה המבטוחת כמפורט לעיל.
5. ידוע לי כי במסלול "פרמיה משתנה", הפרמיה תשתנה מדי שנה, לפי העניין, ועל פי מסלול הפרמיה שנבחר.
6. שיעור הריבית השנתית יהיה בהתאם לשיעור הריבית שצוין המועמד לביטוח בטופס הצעה זה.
7. ביחס להלוואות עם ריבית משתנה, שיעור הריבית המשמש לחישוב השתנות סכום הביטוח יהיה שיעור הריבית ההתחלתית של ההלוואה בתוספת 1.5%.
8. מלבד שיעור הריבית כאמור בסעיף 6 לעיל, ישמש לאורך כל תקופת הביטוח לחישוב השתנות סכום הביטוח ולקביעת דמי הביטוח (הפרמיה).
9. הצעה זה לגבי גיל ומין המבוטח/ים, החודש לגמר הביטוח, המועד המבוקש להתחלת הביטוח, וסוג ההלוואה.
10. ידוע לי כי במסלול "פרמיה משתנה" כל שנה, הפרמיה תשתנה כל שנה זאת בנוסף לשנויים שיחולו בעקבות הצמדה למדד המחירים לצרכן ככל שיחולו.
11. לתשומת ליבך – סכום הביטוח המועדכן אינו בהכרח תואם את יתרת ההלוואה שניטלה מהמלווה, בכל מועד רלבנטי, ויכול להיווצר פער (חיובי או שלילי), בכל נקודת זמן בחיי ההלוואה, בין סכום הביטוח העדכני ליתרת ההלוואה אצל המלווה.
12. מובהר כי קיימת אפשרות בכל עת בתקופת הביטוח להגדיל או להקטין את סכום הביטוח על מנת לצמצם את הפער (החיובי או שלילי) שיכול להיווצר כאמור לעיל וזאת בכפוף להוראות הדין, הוראות הפוליסה ולהגשת בקשה מתאימה בכתב לחברה באמצעי ההתקשרות הבאים: לכתובת החברה היצירה 1 קרית-אריה, פתח תקוה, או לכתובת מייל mokedbi@migdal.co.il או לפקס 03-9201020
- 12.1. תקופת הביטוח תסתיים במועד המוקדם מבין המועדים הבאים:
- 12.2. היום האחרון בחודש שצוין כגמר הביטוח כאמור לעיל כפי שנקוב בדף פרטי הביטוח.
- 12.3. במקרה של ביטול כדון של הפוליסה במועד כניסתו לתוקף של הביטוח בהתאם לתנאים הכללים של הפוליסה.
- 12.4. במועד תשלומי תגמולי הביטוח במלואם.

תמורה 05.2023

	שם המועמד לביטוח	מספר זהות	חתימת המועמד לביטוח *
	שם המועמד השני לביטוח	מספר זהות	חתימת המועמד השני לביטוח *



ה. הצהרות המועמדים/ים לביטוח

אנו החתומים מטה, המועמדים לבעלות על הפוליסה ו/או לביטוח, מבקשים בזה מהמבטח לבטח את חיי המועמדים לביטוח לפי הרשום בהצעה. אני/אנו מצהיר/ים, מסכים/ים ומתחייב/ים בזה, כי:

- 1. 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 תגמולי הביטוח. אני מתחייב להודיע לחברה אם בעתיד יחול שינוי באלו מהמידע שנמסר וזאת מיד עם היוודע לי על דבר השינוי.
- 2. 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.
- 3. הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות:** אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ולא חלה עליי חובה חוקית למסירת 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.
- 4. 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 והבוא 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 ישנן) והתנאים לביטול. ידוע לי כי באפשרותי לקבל מידע מפורט בעניין זה. כן ידוע לי, כי קיימות בחברה תכניות ביטוח נוספות ממוגים 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.
- 5. העברת מידע בקווי תקשורת:** אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התוכנית ו/או אודותיי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט או באמצעי תקשורת חליפי, למרות שאין בהם זיהוי 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.
- אני מסכים להעברת הפוליסה וכל אישור או מסמך אחר שיוצא לידי המלווה וכן להעברת כל מידע אחר שיש בו כדי להשפיע על זכויות המלווה.
- אני מסכים כי המלווה יעביר ואתם תקבלו כל מידע לגבי ההלוואה המבוטחת אותה בקשתי לקבל מהמלווה.
- קבוצת מגדל תהיה רשאית להודיע למוטב הבלתי חוזר בהחלטתה בקשר לבקשה לרישום מוטב הבלתי חוזר וכן תהיה רשאית החברה למסור למוטב הבלתי חוזר מידע לגבי צווים שיפוטיים ו/או עיקולים ו/או שעבודים הרשומים בפוליסה בה נעשה רישום המוטב הבלתי חוזר.

9. איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי

לתשומת ליבך, רשות שוק ההון ביטוח וחסכון 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 המועמדים על הצהרות:

תאריך	שם המועמד לביטוח	מספר זהות	חתימת המועמד לביטוח *
תאריך	שם המועמד השני לביטוח	מספר זהות	חתימת המועמד השני לביטוח *

ו. הסכמה לפניות שיווקיות - (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 חיג 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.

תאריך	חתימת המבוטח / בעל הפוליסה *
-------	------------------------------



ז. 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 שניתן 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 משווק 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:

	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 ט' או לחילופין לסמן כי בכונתו לבטל את הפוליסה הקיימת בסעיף ח'.	<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.

	חתימת הסוכן ★	חתימת הסוכנות
--	------------------	------------------

ח. הקטנה / ביטול פוליסה / כיסוי ביטוחי שבתוקף

	מבוטח ראשי	מבוטח 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 הצטרפות לפוליסה זו?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
אם ענית כי ברצונך לבטל את הפוליסה הקיימת ברשותך: האם ברצונך כי בקשת הביטול תשלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת: 1. על ידיך 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 המבוטח או מתחייב להעביר את הבקשה אל מגדל, למשלוח באמצעותה, לפי בחירת המבוטח.

	חתימת הסוכן ★	חתימת הסוכנות
--	------------------	------------------

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.



ט. 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.

<input type="text"/>	חתימה *	<input type="text"/>	תאריך	<input type="text"/>	שם המבוטח	<input type="checkbox"/>	מועמד ראשי
<input type="text"/>	חתימה *	<input type="text"/>	תאריך	<input type="text"/>	שם המבוטח	<input type="checkbox"/>	בן/בת זוג

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

י. הצהרת הסוכן

אני מאשר כי שאלתי את החותמים הנ"ל את כל השאלות בטופס הצעה זה, התשובות הן כפי שנמסרו לי על-ידם והם חתמו לעיל לפניי.

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





שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר סוכן

מספר פוליסה

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

הצהרת בריאות

טופס מספר **415**

מיועדת לסכומי ביטוח למקרה פטירה שלא יעלו על 2,000,000 ש"ח או עד לסכום המקסימלי המפורט לפי טבלת החיתום, הנמוך מביניהם.

מספר זהות		שם משפחה	שם פרטי	מין	גובה (ס"מ)	משקל (ק"ג)
מועמד ראשי לביטוח				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		
מועמד שני לביטוח				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		
הרגלי עישון (יש לסמן ולמלא את הפרטים הבאים):						
מועמד ראשי		מועמד שני				
כן	לא	כן	לא			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם הנך מעשן כיום? שים לב: השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק לרבות סיגריה אלקטרונית		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אם כן, ציין מס' סיגריות/פעמים שמעשן ביום: _____ מבוטח ראשי _____ בן/בת זוג _____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות?		
סמן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)						
1. האם אובחנו אצלך בעבר מומים/ הפרעות באחד או יותר מהאיברים ו/או המערכות הבאים ו/או האם חלית באחת מהמחלות הבאות?						
מועמד ראשי		מועמד שני		אם התשובה היא "כן" אנא פרט		
כן	לא	כן	לא			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	א. האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ- 2 כוסות אלכוהול ליום? (22)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ב. האם הנך צורך או צרכת סמים קטע או בעבר? (22)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ג. מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני (24)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ד. מערכת העצבים והמוח		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ה. נפש: לרבות דיכאון, תסמונת פוסט טראומטית, הפרעה נפשית אחרת (13)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ו. מערכת ריאות ודרכי נשימה (1)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ז. מערכת לב (2) כלי דם (14) יתר לחץ דם (28)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ח. מערכת כליות ודרכי שתן (15)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ט. מערכת העיכול (6) לרבות: מעיים <input type="checkbox"/> כבד (29) לבלב		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	י. סוכרת (7)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	יא. מחלות של מערכת החיסון לרבות: איידס/נשאות, מחלת חום ממושכת מעל ל- 3 חודשים (25)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. האם נקבעה לך נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות (23)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. האם במהלך 5 השנים האחרונות אושפזת כתוצאה ממחלה או מתאונה? (3)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. האם ב- 5 השנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית ו/או פולשנית ו/או בדיקת הדמיה ונמצא בה ממצא שהצריך ברור/מעקב רפואי? אם כן, צרף את תוצאות הבדיקות ופרט: _____		
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. הנו ממליצים לבדוק את רשימת ההחרגות לספורט אתגרי מעת לעת.						
הערות: _____						
המוסד הרפואי המטפל: שם קופת החולים						
מועמד ראשי לביטוח		מועמד שני לביטוח				
מכבי <input type="checkbox"/>	כללית <input type="checkbox"/>	מאוחדת <input type="checkbox"/>	לאומית <input type="checkbox"/>			
מכבי <input type="checkbox"/>	כללית <input type="checkbox"/>	מאוחדת <input type="checkbox"/>	לאומית <input type="checkbox"/>			

מק"ט 42100031 (מהדורה 09.2022)



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. **הצהרות המועמדים לביטוח א.** כל התשובות שנתתי בהצרת 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. **ייתור 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 הנגוע 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 המועמד השני לביטוח★		חתימת 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 שיופסק 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.

חתימת בעל/י החשבון ★

תאריך

תשלום בהוראת קבע

שם הבנק	מספר סניף	מספר בנק	יישוב	כתובת הסניף (רחוב)	מספר בית	ת"ד	מיקוד

קוד מוסד: 00602

סוג חשבון

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/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.

חתימת בעל/י החשבון ★

תאריך

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 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 *		

