

מועד תחילת הביטוח ייקבע לפי המאוחר מבין תאריך החתימה על ההצעה או תאריך תחילת הביטוח הרשום לעיל.

שם המפקח	מספר רישיון סוכן	שם הסוכן
מספר הפוליסה	מספר סוכן - ב. חיים	מרחב ב. חיים
מספר הסכום	מספר סוכן - ב. כללי	מרחב ב. כללי

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

## הצעה לביטוח לפי תכניות "ביטוח חיים למשכנתא" וביטוח דירה - מבנה אגב משכנתא - לתקופת משכנתא

טופס מספר **2764**

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"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג	

כתובת מגורים						
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד	מספר טלפון

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

כתובת הרכוש המבוטח - אם כתובת המבוטח זהה לכתובת הנכס מסן V <input type="checkbox"/>						
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד	מספר טלפון

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"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג	

כתובת מגורים						
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד	מספר טלפון

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 המוטב הבלתי חוזר/משעבד והמוטבים במות המבוטח הראשי/משני				
א. המוטב הבלתי חוזר (להלן: "המלווה") -				
שם המלווה	מספר הסניף	מס' בנק	מס' ח.פ./זהות	כתובת 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 ביטוח ובכפוף לתנאי הפוליסה.

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



01148327640106010623

עמוד 1 מתוך 9

מגדל חברה לביטוח בע"מ  
קוד מסמך: 1483

### ב. מוטבים - המשך

פרטי המוטב הבלתי חוזר/משעבד והמוטבים במות המבוטח הראשי/משני

בסכום השווה ליתרת ההלוואה המבוטחת הרשומה בספרי המלווה כהגדרתה בתנאים הכללים 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. 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

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.

הלוואה מספר	1	2	3	4
יתרת גובה ההלוואה				
סוג ריבית	<input type="checkbox"/> קבועה <input type="checkbox"/> משתנה	<input type="checkbox"/> קבועה <input type="checkbox"/> משתנה	<input type="checkbox"/> קבועה <input type="checkbox"/> משתנה	<input type="checkbox"/> קבועה <input type="checkbox"/> משתנה
אחוז ריבית				
* מועד סיום הביטוח, עד סוף חודש	____/____	____/____	____/____	____/____
סוג הצמדה	<input type="checkbox"/> לא צמודה <input type="checkbox"/> לדולר <input type="checkbox"/> למדד	<input type="checkbox"/> לא צמודה <input type="checkbox"/> לדולר <input type="checkbox"/> למדד	<input type="checkbox"/> לא צמודה <input type="checkbox"/> לדולר <input type="checkbox"/> למדד	<input type="checkbox"/> לא צמודה <input type="checkbox"/> לדולר <input type="checkbox"/> למדד
* סוג הלוואה	<input type="checkbox"/> שפיצר <input type="checkbox"/> קרן שווה <input type="checkbox"/> בלון	<input type="checkbox"/> שפיצר <input type="checkbox"/> קרן שווה <input type="checkbox"/> בלון	<input type="checkbox"/> שפיצר <input type="checkbox"/> קרן שווה <input type="checkbox"/> בלון	<input type="checkbox"/> שפיצר <input type="checkbox"/> קרן שווה <input type="checkbox"/> בלון

\* לא תהיה בהכרח חפיפה לתקופת ההלוואה אצל המלווה.

\* סוגי ההלוואות: שפיצר - קרן וריבית שווים ורצופים, קרן שווה - קרן בתשלומים שווים וריבית בתשלומים משתנים, בלון החזר קרן בסוף תקופה והחזר ריבית באופן שוטף (מוגבל ל- 10 שנים).

### ד. תיאור המבנה

המבנה בנוי מ:	גג המבנה בנוי מ:	גיל המבנה בשנים	מס' קומות במבנה	הדירה נמצאת בקומה	שטח הדירה ברוטו
					מ"ר _____
סוג הדירה	<input type="checkbox"/> קרקע <input type="checkbox"/> משותף				
מס' הנפשות הגרות בדירה	בריכת שחיה / סאונה / ג'קוזי חיצוני	מחסן			
	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	<input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	שטח המחסן _____ מ"ר	המחסן בנוי מ:	
האם הדירה משמשת למטרות אחרות פרט למגורים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____					
האם הדירה תהיה "דירה שאינה תפוסה" (שאינן גרים בה) למעלה מ- 60 ימים רצופים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן					
האם הדירה מחולקת ליחידות דיור? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן ציין לכמה יחידות דיור _____					

מחזור 06.2023



## ה. הכיסוי המבוקש לביטוח מבנה (סמן ב-X במשבצות הריקות מימין לכל חלק שברצונך לכלול בכיסוי וענה על שאלות באותו פרק)

ביטוח הדירה

סכום ביטוח כולל של מבנה הדירה \_\_\_\_\_ ש"ח (על פי הערכת המועמד לביטוח. ערך מינימאלי 200,000 ש"ח)

חתימת המועמד לביטוח \*

1. הרחבה לכיסוי נזקי מים ונזלים אחרים

דרכי פיצוי יש לבחור אחת מהאפשרויות

תיקון נזקי מים למבנה יתבצע באמצעות שרברב או חברת שרברבים מטעם המבטח, בהתאם לרשימה המפורטת באתר החברה המתעדכנת מעת לעת ובהתאם להרחבה המפורטת בתנאי הפוליסה.

תיקון נזקי מים למבנה יתבצע באמצעות שרברב לפי בחירת המועמד לביטוח (שרברב פרטי), התשלום בגין עלות התיקון יהיה בכפוף לאישור שמאי מטעם המבטח ולפי תנאי הפוליסה.

הרחבה לנזקי איטום (שרברב פרטי)

2. הרחבת ביטוח זכוכית, אמבטיות, אסלות, קערות רחצה, כיורים ומשטחי שיש. (הגבלת סכום הביטוח בגין אובדן או נזק המכוסה על פי הרחב זה הינה על בסיס נזק ראשון עד לסך של 1% מסכום ביטוח המבנה לפריט ו- 2.5% מסכום ביטוח המבנה לסך כל תקופת הביטוח).

3. ביטוחים נוספים לרעידת אדמה לבית משותף בלבד.

רעידת אדמה - ברצוני לכלול השתתפות עצמית לנזקי רעידת אדמה של: ברירת המחדל להשתתפות עצמית ברעידת אדמה הינה 10%, ניתן להקטין ל- 5%

5% מסכום הביטוח לכיסוי זה

4. סכום ביטוח נוסף לרעידת אדמה (סכום שלא יפחת מ- 100% מסכום ביטוח הדירה ולא יותר מ- 400%). (ניתן לבחור רק אחד מתוך שלושת הכיסויים בסעיף).

רעידת אדמה בלבד, בסכום \_\_\_\_\_ ש"ח

רעידת אדמה וסיכוני אש סכום הביטוח הנוסף \_\_\_\_\_ ש"ח (סכום שלא יפחת מ- 100% מסכום ביטוח הדירה ולא יותר מ- 400%).

ביטוח סכום נוסף בבית משותף מורחב סכום הביטוח הנוסף \_\_\_\_\_ ש"ח (סכום שלא יפחת מ- 100% מסכום ביטוח הדירה ולא יותר מ- 400%).

5. ביטוח אחריות כלפי צד שלישי

ברירת המחדל לגבול אחריות הינה 500,000 ש"ח. ניתן להגדיל  1,000,000 ש"ח

6. האם ברצונך להרחיב את הפוליסה לכלול כיסוי לבריכת שחיה/סאונה/ג'קוזי חיצוני?  כן  לא

7. האם ברצונך להרחיב את הפוליסה לכלול כיסוי לכיסא מעלון?  כן  לא

8. האם ברצונך להרחיב את הפוליסה לכלול חימום תת רצפתי?  כן  לא

9. האם ברצונך להרחיב את הפוליסה לכלול פעילות עסקית משרדית?  משרד  קליניקה פסיכולוג  קליניקה רופא  קוסמטיקאית  חדר/יחידה להשכרה (ניתן לסמן אופציה אחת בלבד)

10. ביטוח נזקי טרור  כן. יש למלא מיקוד בסעיף כתובת הנכס  לא

11. ביטוח חבות מעבידים לעובדי משק הבית  כן  לא

## ו. נסיון ביטוחי קודם של המועמדים לביטוח בביטוח מבנה

<p>• האם היית או הנך מבוטח בהווה בחברת ביטוח (מבנה ביטוח) <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____</p> <p>החברה _____ תקופת הביטוח: מתאריך _____ עד תאריך _____</p> <p>• האם חברת ביטוח כלשהי דחתה את הצעתך או ביטלה את הפוליסה או סירבה לחדש את הפוליסה ב- 7 שנים אחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____</p> <p>_____</p> <p>האם אירעו נזקים לרכוש המבוטח בשלוש השנים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____</p>	<p>מבוטח ראשי</p>
<p>• האם היית או הנך מבוטח בהווה בחברת ביטוח (מבנה ביטוח) <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____</p> <p>החברה _____ תקופת הביטוח: מתאריך _____ עד תאריך _____</p> <p>• האם חברת ביטוח כלשהי דחתה את הצעתך או ביטלה את הפוליסה או סירבה לחדש את הפוליסה ב- 7 שנים אחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____</p> <p>_____</p> <p>האם אירעו נזקים לרכוש המבוטח בשלוש השנים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____</p>	<p>מבוטח משני</p>

מחזורת 06.2023



## ז. הבהרות והפניית תשומת הלב

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 הביטול לתוקף על פי הוראות ההסדר התחיקתי - לפי המועד המוקדם מביניהם.
3. סכום הביטוח הראשוני ייקבע על פי סכום ההלוואה המבוססת כפי שמצוין לעיל עבור כל ההלוואה בנפרד. סכום זה ישנתה 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 המבוססת 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%.
7. שיעור הריבית כאמור בסעיף 6 לעיל, ישמש לאורך כל תקופת הביטוח לחישוב השתנות סכום הביטוח ולקביעת דמי הביטוח (הפרמיה).
8. מלבד שיעור הריבית כאמור לעיל, ישמשו לחישוב השתנות סכום הביטוח לאורך תקופת הביטוח ולקביעת דמי הביטוח (הפרמיה) גם הנתונים שמסר המועמד לביטוח בטופס הצעה זה לגבי גיל ומין המבוטח/ים, החודש לגמר הביטוח, המועד המבוקש להתחלת הביטוח, וסוג ההלוואה.
9. ידוע לי כי במסלול "פרמיה משתנה" כל שנה, הפרמיה תשתנה כל שנה זאת בנוסף לשנויים שיחולו בעקבות הצמדה למדד המחירים לצרכן ככל שיחולו.
10. לתשומת ליבך - סכום הביטוח המעודכן 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.
11. 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 תקווה, או לכתובת מייל [mokedebi@migdal.co.il](mailto:mokedebi@migdal.co.il) או לפקס 03-9201020
12. תקופת הביטוח תסתיים במועד המוקדם מבין המועדים הבאים:
  - 12.1. היום האחרון בחודש שצוין כגמר הביטוח כאמור לעיל כפי שנקוב בדף פרטי הביטוח.
  - 12.2. במקרה של ביטול כדיון של הפוליסה במועד כניסתו לתוקף של הביטול בהתאם לתנאים הכללים של הפוליסה.
  - 12.3. במועד תשלומי תגמולי הביטוח במלואם.

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

## ח. הצהרות המועמד/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 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 [www.migdal.co.il](http://www.migdal.co.il) או באפליקציה של החברה.
4. **הצהרה בדבר מרכיבי התכנית והתאמתם למועמד לביטוח:** החברה מסרה לי כי תכניות הביטוח המשוקקות 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. כמו כן ידוע לי, כי קיימות בחברה תכניות ביטוח נוספות מסוגים שונים, הנבדלות 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 ההצעה עשויים להשתנות.



## ח. הצהרות המועמדים/ים לביטוח - המשך

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 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.
6. מועד תחילת תקופת הביטוח של הפוליסה יהיה בהתאם לתאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת הביטוח אך ורק לאחר שהתקבל אמצעי תשלום, או לחילופין שולם התשלום הראשון של דמי הביטוח (פרמיה ראשונה) והכל בהתאם ובכפוף לתנאי הפוליסה.
7. בנוסף, משהתקבל המבוטח לביטוח, יהיה הכיסוי הביטוחי הכלול בדף פרטי הביטוח בתוקף לפי המאוחר מבין: תאריך החתימה על ההצעה או תאריך תחילת תקופת הביטוח.
8. אני מסכים להעברת הפוליסה וכל אישור או מסמך אחר שיוצא לידי המלווה וכן להעברת כל מידע אחר שיש בו כדי להשפיע על זכויות המלווה.
9. אני מסכים כי המלווה יעביר ואתם תקבלו כל מידע לגבי ההלוואה המבוטחת אותה בקשתי לקבל מהמלווה.
10. 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.
11. **איטור 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](http://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 ההצהרות:

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

## ט. הסכמה לפניית 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 כסויים 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).

חתימת המבוטח/  
בעל הפוליסה \*

## י. 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:

1. הריני מצהיר כי התאמת את הביטוח לצרכי המועמד לביטוח וכי תהליך ההתאמה כלל בין היתר התייחסות לביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשות המועמד לביטוח, לסוגי הביטוחים הרלוונטיים הקיימים בחברת הביטוח וכן לסוגי הביטוחים הרלוונטיים המשויקים על ידי.
2. הריני מצהיר כי הצגתי ומסרתי למועמד לביטוח את תוצאות הליך ההתאמה ובכלל זה את ההבדלים בין הפוליסות שהוצעו לו לרבות פרמיית הביטוח, תנאי הפוליסה והשירות שיינתן למבוטח בחברה אליה מבקש להצטרף או כל סיבה אחרת שבשלה המלצתי למועמד לביטוח להצטרף לתוכנית/יות המבוקשת/ות. במקרה של החלפת פוליסה קיימת, הצגתי למועמד גם את שיפור תנאי 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 המשווקות 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"/>



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

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	
--	------------------	------------------	--

## יא. הקטנה / ביטול פוליסה / כיסוי ביטוחי שבתוקף לכיסויים מסוג ריסק

	מבוטח ראשי	מבוטח משני
1. האם קיימת ברשותך פוליסה/כיסוי ביטוחי, שברצונך לבטל בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו?	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>
2. האם קיימת ברשותך פוליסה/כיסוי ביטוחי, שבכוונתך להקטין בעקבות הצטרפות לפוליסה זו?	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן <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"/>

## ביטול פוליסה / כיסוי ביטוחי שבתוקף עבור כיסויי מבנה

	מבוטח ראשי	מבוטח משני
1. האם קיימת ברשותך פוליסה/כיסוי ביטוחי, שברצונך לבטל בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו?	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן <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 המבוטח א 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.

## 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.

אישור המועמד לביטוח <input type="checkbox"/> מאשר <input type="checkbox"/> לא מאשר <input type="checkbox"/>				
	חתימת המועמד לביטוח *	מספר זהות	שם המועמד לביטוח	תאריך
	חתימת המועמד השני לביטוח *	מספר זהות	שם המועמד השני לביטוח	תאריך

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

## יג. הצהרת הסוכן

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

	חתימת הסוכן *
--	---------------



## הוראה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי בהוראת קבע - ביטוח חיים למשכנתא וביטוח מבנה אגב משכנתא

טופס מספר **2765**

### א. אופן תשלום וגביה

אופן התשלום: חודשי

### ב. הצהרה

בחר סוג כרטיס מתאים  ישראלרטי  מסטרקרטי  מסטרקרטי זהב  אמריקן אקספרס  דיינרס  ויזה

בעל כרטיס אשראי										אני מר/גברתי:									
בתוקף עד	מספר כרטיס									שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות							

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסת ביטוח חיים / מבנה. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה למגדל חברה לביטוח 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 לפחות 30 יום לפני מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק 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.**

חתימת בעל/י החשבון *	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)
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		
הרגלי עישון (יש לסמן ולמלא את הפרטים הבאים):						
מועמד ראשי		מועמד ראשי		מועמד שני		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 אם כן, ציין מס' סיגריות/פעמים שמעשן ביום: _____ מבוטח ראשי _____ בן/בת זוג _____						
אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/>						
<b>סמן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)</b>						
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 ראשי		מועמד שני		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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)						
ב. האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר? (22)						
ג. מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני (24)						
ד. מערכת העצבים והמוח						
ה. נפש: לרבות דיכאון, תסמונת פוסט טראומטית, הפרעה נפשית אחרת (13)						
ו. מערכת ריאות ודרכי נשימה (1)						
ז. מערכת לב (2) כלי דם (14) יתר לחץ דם (28)						
ח. מערכת כליות ודרכי שתן (15)						
ט. מערכת העיכול (6) לרבות: מעיים <input type="checkbox"/> כבד (29) לבלב <input type="checkbox"/>						
י. סוכרת (7)						
יא. מחלות של מערכת החיסון לרבות: איידס/נשאות, מחלת חום ממושכת מעל ל- 3 חודשים (25)						
12. האם נקבעה לך נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות (23)						
13. האם במהלך 5 השנים האחרונות אושפזת כתוצאה ממחלה או מתאונה? (3)						
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: _____						
<b>המוסד הרפואי המטפל: שם קופת החולים</b>						
מועמד ראשי לביטוח		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"/>
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"/>

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 מהצהרותי. 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), שלטונת 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
--------------------------	--	------------------	----------------	-------

