



יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות

שם סוכן	מספר סוכן
מרחב	מספר הסכם

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

טופס הצעה טלפוני לפוליסת נסיעות לחו"ל - מגדל מסע עולמי

טופס מספר **809**

א. פרטי הנסיעה והתכנית המבוקשת

אני מבקש לבטח אותי ואת בני משפחתי שפטיהם רשומים מטה:

מתאריך:

עד תאריך:

יעד הנסיעה ללא מדינות אדומות ויבשת היעד:

התכנית המבוקשת: מגדל מסע עולמי פלטינום מגדל מסע עולמי פלטינום – הטבת Lowcost (עד 14 יום נסיעה גיל כניסה 0-60)

ב. פרטי המועמדים לביטוח

מועמד/ים לביטוח	מספר זהות	שם פרטי ומשפחה	שם פרטי ומשפחה באנגלית	תאריך לידה	מין	הרחבות						
						כבודה	ספורט חורף	ספורט אתגרי	ספורט תחרותי	ביטול ה"ע" לרכב שכור	ביטול/קיצור נסיעה מסלול 1	הגדלת תקרת ההחזר להרחבה לביטול/קיצור נסיעה בזמן מגיפה
ראשי					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מבוטח 2					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מבוטח 3					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מבוטח 4					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מבוטח 5					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מבוטח 6					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מבוטח 7					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ראשי *	יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית / ת"ד	מס' דירה	מיקוד	מספר טלפון	כתובת דואר אלקטרוני					

* יש למלא את פרטי הנציג רק עבור מועמדים לביטוח עד גיל 17 הנוסעים ללא הוריהם.

ג. הרחבות כבודה (בתוספת פרמיה)

שם המועמד	לרכישת הרחבות כבודה - יש לפרט פרטי מכשיר			
	מחשב נישא / טאבלט		טלפון נייד / GPS	
	דגם	יצרן	דגם	יצרן
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

לא ניתן לרכוש הרחבת מחשב נישא / טאבלט / טלפון נייד / GPS ללא רכישת הרחבת כבודה

ד. כיסויים הניתנים להורדה (יחול על כל המועמדים לביטוח)

חבות צד ג'

איתור וחילוץ

(מחזור 10.2022)



ה. שאלון רפואי

מועמד 7	מועמד 6	מועמד 5	מועמד 4	מועמד 3	מועמד 2	ראשי	שאלות לכלל המועמדים
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	1 האם הנך בהליך של בירור רפואי ו/או במעקב רפואי ו/או הומלץ לך על צורך בניחוח או טיפול רפואי בעתיד או הומלץ ע"י רופא שלא לנסוע לחו"ל? (יש לפרט במלל חופשי בהמשך התהליך).
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	2 האם במהלך 3 החודשים האחרונים היית באשפוז, עברת ניתוח ו/או חלה החמרה במצב הרפואי? (יש לפרט במלל חופשי בהמשך התהליך)*
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	3 האם הנך בטיפול רפואי ו/או תרופתי באופן קבוע? אין צורך לסמן "כן" במידה והטיפול הוא באחת מהמחלות הבאות בלבד: לחץ דם, כולסטרול, יתר / תת פעילות בלוטת התריס, הפרעות קשב וריכוז, ויטמינים, צרבת, מיגרנה, אלרגיה, וגלולות נגד הריון.
4 האם קיימת אבחנה ו/או הינך בטיפול באחד או יותר מהמקרים הבאים, במידה וכן יש לסמן בהתאם:							
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	א מחלת סרטן בששת החודשים האחרונים
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	ב טרשת נפוצה
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	ג הפרעה פעילה בקצב לב, אוטם שריר הלב, אי ספיקת לב או קוצב לב
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	ד מחלת לב איסכמית/צנתור בשנה האחרונה
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	ה אי ספיקת כליות - ללא טיפול דיאליזה
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	ו אי ספיקת כליות בטיפול דיאליזה
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	ז סכרת לא מאוזנת ו/או פגיעה באיברי מטרה
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	ח סכרת מאוזנת ללא פגיעה באיברי מטרה
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	ט COPD בטיפול מחולל חמצן
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	י COPD ללא טיפול מחולל חמצן
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	יא ניוון שרירים
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	יב סיסטיק פיברוזיס
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	יב סיסטיק פיברוזיס
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	יג מושתל איברים

(מהדורה 10.2022)



שאלון רפואי- המשך

מועמד 7	מועמד 6	מועמד 5	מועמד 4	מועמד 3	מועמד 2	ראשי	שאלות לכלל המועמדים	יד
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אירוע מוחי ב-12 החודשים האחרונים	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	פרקינסון	טו
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אלצהיימר	טז
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם את נמצאת בהריון?	5
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם במהלך הנסיעה את עתידה לעבור את שבוע 32?	6
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם בבדיקות מעקב היריון שביצעת נמצאו ממצאים לא תקינים או ההריון אובחן כהריון בסיכון?	7

אם התשובה כן באחת השאלות שלעיל אנא פרט וצרף מסמכים רפואיים:

1. אופן התשלום והגבייה

אופן הגבייה:

מספר זהות בעל הכרטיס	שם בעל הכרטיס	תוקף הכרטיס	מספר הכרטיס
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

תאריך
 חתימת מועמד לביטוח ★
 חתימת הסוכן / הנציג ★

2. הצהרות והתחייבויות המועמדים לביטוח: יש להקריא הצהרות אלו למועמד לביטוח בטלפון

בנוסף ומבלי לגרוע מהאמור בתנאי הפוליסה, בתנאי השימוש באתר/באפליקציה ובסודיות ופרטיות, הנני מאשר/ת, מצהיר/ה ומתחייב/ת כדלקמן:

- הצהרה זו חלה עלי ועל כל המבוטחים הנלווים אליי והמבוטחים על פי הפוליסה אותה רכשתי באמצעות אתר האינטרנט/האפליקציה של 'מגדל חברה לביטוח בע"מ' וכי כל הפרטים והתשובות שנתתי נכונים ומלאים ומהווים בסיס להצעת המחיר והקבלה לביטוח.
- הפוליסה תקפה רק אם נרכשה על ידי טרם הנסיעה לחו"ל והיציאה מישאל. הכיסוי הביטוחי מכח הפוליסה הינו לנסיעה אחת בלבד.
- מצב רפואי קיים: לא ידוע לי על כל סיבה ו/או צורך בקבלת טיפול רפואי כלשהו שלי ו/או של הנלווים אליי והמבוטחים על פי פוליסה זו, וכן לא ידוע לי על קיומן של מחלות כרוניות כלשהן שלי ו/או של הנלווים אליי המבוטחים על פי פוליסה זו.
- המבטח לא אחראי ולא יכסה עפ"י הפוליסה, בין היתר הוצאות הקשורות ו/או הנובעות מצב רפואי בגינו היה המבוטח בטיפול רפואי לרבות טיפול תרופתי בלבד או בהשגחה בעת צאתו לחו"ל או משך 3 חודשים שקדמו לצאתו.
- על אף האמור לעיל, במקרה בו נרכשה הרחבה להחמרת מצב רפואי קיים בתוספת פרמיה, יינתן כיסוי על פי תנאי ההרחבה במקרה של שינוי לרעה פתאומי ובלתי צפוי של מחלה או מצב בריאותי קיים ובלבד שטיפול הכרחי בחו"ל כטיפול חירום.
- קבלה לביטוח: ידוע לי כי הסכמת החברה לקבל את המועמד 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 רלוונטי, בשים לב למדיניות החיתום של החברה, הוראות הדין והפוליסה, ורק עם סימונו תודיעו לי אם קבלתם

מחזור 10.2022

ז. הצהרות והתחייבויות המועמדים לביטוח: יש להקריא הצהרות אלו למועמד לביטוח בטלפון - המשך

- או לא קבלתם את ההצעה במסגרת הליך החיתום, אם אדרש לכך על-ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בדיקה רפואית על-ידי רופאי החברה והתשובות שתמסרנה על-ידי לרופאי החברה תחשבנה כחלק מהצעת. **תאריך תחילת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.**
5. **הליך הצטרפות:** ידוע לי כי במקום בו אפשר לצרף חלק מן המועמדים לביטוח ואילו המועמדים האחרים נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה, יתקבלו לביטוח אותם מועמדים שאפשר לקבלם. לגבי יתר המועמדים - מועמדותם לביטוח תבחן רק בתום הליך החיתום.
- אני מעוניין באפשרות פיצול זו.
6. **הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות**
אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ וכן בגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע שמסרתי ימסר לסוכן הביטוח/בעל רישיון לצרכי שירות לגורמים נוספים כמתחייב בד"ן (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגיד). מדיניות הגנת הפרטיות של קבוצת מגדל זמינה עבורך באתר האינטרנט www.migdal.co.il או באפליקציה של החברה
7. **ויתור על סודיות רפואית:** אני מיפה בזאת את כוחה של מגדל חברה לביטוח בע"מ לעיין ולקבל כל מידע רפואי הנוגע אליי ו/או למי מהמבוטחים על פי פוליסה זו, וכן משחרר בזאת כל גוף או מוסד המחזיק מידע האמור לרבות כל רופא ו/או כל מוסד רפואי ועובדיו מחובת הסודיות הרפואית על מנת למסור למגדל חברה לביטוח בע"מ ולבא כוחה כל מסמך אשר יידרש על ידם אודות המצב הרפואי ו/או הטיפול הרפואי הניתן לי ו/או לאילו הנלווים אליי והמבוטחים על פי פוליסה זו. השימוש במידע יעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.
8. הנני מסכים/ה כי כל המידע הנמסר ו/או שיימסר על-ידי, בין אם אשלים את תהליך הרכישה ובין אם לאו, תוכלו לעשות בו שימוש כמפורט בתנאי השימוש ובכפוף לסודיות ופרטיות של אתר האינטרנט/אפליקציה.
9. הנוסח המלא של הפוליסה על נספחיה מצוי באתר האינטרנט של מגדל וניתן לצפות בו כאן ולהדפיסו בכל עת. הנני מצהיר כי קראתי את כל תנאי הפוליסה, החריגים והסייגים. ידוע לי כי תנאי הפוליסה והחריגים המלאים הם אלו אשר יחייבו את מגדל.
10. מגדל שומרת לעצמה את הזכות להחליף ו/או לשנות את מי ו/או כל נותני השירות מטעמה וזאת על פי שיקול דעתה הבלעדי.
11. הריני מאשר/ת בזאת, כי קראתי והבנתי את ההצהרות הנלוות לתהליך הרכישה באתר/אפליקציה, לרבות ובייחוד הצהרה זו, וכי אני מסכים/ה לכל האמור בהן. אישור זה יחול עלי ועל כל המבוטחים הנלווים אליי המבוטחים על פי פוליסה זו.
12. הנני מצהיר ומאשר כי המבוטחים הנלווים אלי המבוטחים בפוליסה אותה רכשתי בהליך זה הינם בני משפחתי הקרובים.

ח. הסכמה לפניות שיווקיות

אני מסכים / לא מסכים כי המידע ישמש את מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לצורך שיווק ודיוור ישיר של מוצרים ושירותים מקבוצת מגדל בכל אמצעי תקשורת ולפנייה בהצעה לרכישתם. 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. טלפון 03-9201010, דואר אלקטרוני mokedbi@migdal.co.il

	חתימת בן/בת זוג ★		חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18 ★	
--	----------------------	--	--	--

ט. הצהרות הסוכן

1. דיברתי עם המועמד הראשי לביטוח באופן אישי, הקראתי לו את ההצהרות לעיל והמועמד אישר לי מפורשות כי הבין את משמעותן.
2. הסברתי למועמד הראשי לביטוח את עיקרי התוכנית התנאים והסייגים.
3. הסברתי למועמד הראשי כי הפוליסה אינה מכסה מקרה ביטוח הנובע ו/או הקשור למצב בריאותי בגינו היה המבוטח/ת בטיפול או בהשגחה בעת צאתו/ה לחו"ל או במשך שלושת החודשים שקדמו ליציאה.

	חתימת הסוכן / הנציג ★		מספר שלוחה	השיחה נערכה בתאריך
--	--------------------------	--	------------	--------------------------

