



שם הסוכן	מספר רישיון הסוכן
שם המפקח	מספר הסוכן
מספר הפוליסה	

המועד המבוקש להתחלת הביטוח\*  
01/

\* מועד תחילת הכיסוי יקבע לפי המאוחר מבין:  
תאריך החתימה על ההצעה או תאריך  
הביטוח הרשום לעיל.  
הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע  
בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת הביטוח.

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

## הצעה לביטוח - מגדל מטריה לפנסיה - בתכנית תגמולים לעצמאים

טופס מספר 269

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 המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי		תאריך לידה	מין
					<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
מספר טלפון		מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד
מספר טלפון נייד		דואר אלקטרוני		אני מבקש לקבל הודעות ומסמכים מטעם החברה (לרבות: דוח שנתי מקוצר, דף פרטי ביטוח, תנאי הפוליסה וגילוי נאות) באחד האמצעים שלהלן: <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> הודעת טקסט (מסרון) <input type="checkbox"/> דואר	
מקצוע		עיסוק			

ב. אופן התשלום וגורם הגביה	
אופן הגביה - חודשי	<input type="checkbox"/> תשלום ע"י מעסיק - באמצעות הוראת קבע <input type="checkbox"/> תשלום ע"י מבוטח - באמצעות הוראת קבע או כרטיס אשראי בלבד
אמצעי גביה	<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי - יש למלא טופס "הוראה לחיוב חשבון" המצ"ב (טופס 5) <input type="checkbox"/> הוראת קבע - ש למלא טופס "הוראה לחיוב חשבון" (טופס 5)

ג. נתוני קרן הפנסיה	
<input type="checkbox"/> שכיר בקרן הפנסיה	
<input type="checkbox"/> מועד הצטרפות לקרן או חידוש ביטוח בקרן לאחר הפסקה- לפי המאוחר מביניהם <input type="checkbox"/> השכר המבוטח בקרן	<input type="checkbox"/> 3. % הפרשה בקרן <input type="checkbox"/> 4. שיעור פנסיוני נכות
<input type="checkbox"/> עצמאי בקרן הפנסיה	
<input type="checkbox"/> מועד הצטרפות לקרן או חידוש ביטוח בקרן לאחר הפסקה- לפי המאוחר מביניהם <input type="checkbox"/> שיעור הגמולים לעמית עצמאי בקרן הפנסיה <input type="checkbox"/> שיעור פנסיוני נכות	<input type="checkbox"/> 4. פרמיה בקרן הפנסיה <b>שכר מבוטח לגבי עמית עצמאי</b> - השכר למבוטח יחושב לפי הפרמיה עליה הצהיר המבוטח כפרמיה המשולמת לקרן הפנסיה כשהיא מחולקת בשיעור ההפרשה לקרן הפנסיה. (שיעור ההפרשה לעמית עצמאי בהתאם לתקנון הפנסיה).
<b>לתשומת לב המבוטח</b>	
<input type="checkbox"/> 1. תוקף הכיסוי - הכיסוי לפי פוליסה זו יהיה בתוקף כל עוד המבוטח הינו עמית מבוטח בקרן הפנסיה. ידוע למבוטח כי עליו להודיע לחברה על כל שינוי בסטטוס עמית בקרן הפנסיה. <input type="checkbox"/> 2. קביעת גובה הפיצוי החודשי - שכרו החודשי (להלן "שכר מבוטח") על פיו נקבעות זכויות המבוטח בפוליסה, אשר משמש בסיס לקביעת הפיצוי החודשי והשחרור מהפקדות לקרן הפנסיה, יהיה כנקוב בטופס ההצעה לביטוח או בכל הודעה אחרת של המבוטח שהגיעה לחברה. מובהר בזאת כי בקשה לעידכון השכר המבוטח מותנית במסירת הודעה לחברה בכתב על ידי המבוטח, וקבלתה על-ידי החברה. כל עוד לא נעשה עדכון בהתאם לאמור בתנאי הפוליסה, יהיה השכר צמוד למדד.	

מק"ט 010111001 (מהדורה 04.2023)



011172690104010423

עמוד 1 מתוך 7

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 117

### ד. מטריית (חובה לסמן אחת לפחות)

גיל תום ביטוח \_\_\_\_\_ בין 60-67 בהעדר סימון ברירת מחדל תהיה 67.

\* גיל תום ביטוח ל"פיצוי חודשי עקב נכות שארעה בתקופת אכשרה" - בהתאם להגדרה המופיעה מטה בהגדרת "תקופת הביטוח".

<input type="checkbox"/> פיצוי חודשי לעיסוק ספציפי	<b>בכפוף לאישור החברה.</b> תשלום הפיצוי החודשי לפי הגדרת עיסוק ספציפי למקרה וקרבן הפנסיה דחתה את התביעה עקב הגדרת עיסוק סביר אחר.
<input type="checkbox"/> פיצוי חודשי עקב נכות שארעה בתקופת אכשרה	* <b>תקופת ביטוח</b> - מובהר בזאת תקופת הביטוח לכיסוי ביטוחי זה תהייה בהתאם לתקופת הכיסוי הביטוחי הרצופה בקרבן הפנסיה לרבות במקרה של העברת כספים מקרבן חדשה אחרת, אך לא יותר מ-60 חודשים ממועד ההצטרפות לקרבן הפנסיה ולא יאוחר מגיל 67, לפי המועד המוקדם מביניהם. יובהר כי תקופת הביטוח לכיסוי ביטוחי זה בהתייחס להגדלות בסכומי הביטוח ככל שיבוצעו בהסכמת החברה, תסתיים אף היא במהלך התקופה המפורטת מעלה.

### ה. הרחבות וכיסויים נוספים - רשות

פרנצי'ה  הגדלת תגמולי ביטוח ב 2% בתקופת התביעה

תשלום נוסף במקרה סיעוד - מובהר כי על פי תנאי הפוליסה הרחבה זו לא תחול על מטריה להגדרת עיסוק ספציפי במידה ונרכשה.

אור 1 סכום הביטוח \_\_\_\_\_ ש"ח גיל תום הביטוח 67

### ו. כיסויים נוספים לרכישה בפוליסה נפרדת

<input type="checkbox"/> אור 1	סכום הביטוח _____ ש"ח	גיל תום הביטוח _____ (מקסימום 75)
<input type="checkbox"/> ריסק MAX	סכום הביטוח _____ ש"ח	גיל תום הביטוח 67, גיל כניסה מקסימלי 46

תשלום מחצית מסכום הביטוח במקרה מחלה חשוכת מרפא

• תום הביטוח לכיסוי זה יהיה 12 חודשים לפני מועד הסיום של כיסוי אור 1/ריסק MAX  
• גובה סכום הביטוח לכיסוי זה כגובה סכום הביטוח בכיסוי אור 1/ריסק MAX

### ז. מוטבים - במקרה פטירה

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למבוטח	החלק היחסי בתגמולי הביטוח באחוזים

### ח. מגדל הכנסה למשפחה - ירכש בפוליסה נפרדת

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

\* סכום הביטוח לתשלום חודשי מינימלי הינו 500 ₪. הסכום המבוקש יחולק בין המוטבים כפי שירשמו בסעיף המוטבים

\* סכום הביטוח צמוד למדד עד מות המבוטח, החל ממועד זה ישולם סכום התשלום החודשי למוטבים כשהוא צמוד לתוצאות ההשקעות במסלול ההשקעה וכמוגדר בתנאי הפוליסה.

\*\* מינימום 10 שנות ביטוח, מוגבל לגיל תום ביטוח 75.

\*\*\* מינימום 10 שנות ביטוח, מוגבל לגיל תום ביטוח 85.

מק"ט 010111001 (מהדורה 04.2023)



**ט. הצהרת בריאות מקוצרת - עד סכום פיצוי של 20,000 ₪ למטריה ומקסימום 2,000,000 ₪ לריסק למקרה מוות (אור 1, מגדל הכנסה למשפחה) במקרה של סכומים גבוהים יותר יש למלא הוכחת מצב בריאות בהתאם לכללי החברה הרגילים.**

גובה (ס"מ) _____		משקל (ק"ג) _____
לא	כן	סמן כן ולא ולפרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 האם נקבעו לך על ידי המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון או גורם אחר כלשהו שיעור נכות של 35% או יותר, והאם הוגשה מטעמך בקשה אשר הדיון בה טרם הסתיים לקביעת דרגת הנכות כאמור?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 האם אושפזת בבית חולים כתוצאה ממחלה (3) או מתאונה (10) במשך שלוש השנים
<b>3 האם אובחנו אצלך בעבר מומים/מחלות/הפרעות באחת מהמערכות/האיברים הבאים:</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	א. <input type="checkbox"/> מערכת לב (2) <input type="checkbox"/> כלי דם (14) <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם (28)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ב. <input type="checkbox"/> בעיות גב ועמוד שדרה (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ג. <input type="checkbox"/> דכאון <input type="checkbox"/> חרדות <input type="checkbox"/> האם אובחנת כחולה במחלת נפש (13)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ד. <input type="checkbox"/> סוכרת במשך חמש השנים האחרונות (7)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ה. <input type="checkbox"/> מערכת ריאות ודרכי נשימה (1)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ו. <input type="checkbox"/> סרטן <input type="checkbox"/> גידולים (24)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ז. <input type="checkbox"/> מחלות מעיים (6) <input type="checkbox"/> כבד (14) <input type="checkbox"/> לבלב (6)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ח. <input type="checkbox"/> מערכת הדם, מחלות זיהומיות(25): לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, טחול מוגדל, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 מחלות של מערכת החיסון (אוטואימוניות) כדוגמת: דלקת פרקים, איידס/נשאות, לופוס/זאבת (SLE) - אם סימנת "כן" יש לצרף דוח מרפאת מעקב ותוצאות בדיקה שביצעת
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע (21)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק, לרבות סיגריה אלקטרונית, אם כן ציין מס' סיגריות/פעמים שמעשן ביום: _____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 האם ב-5 השנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית ו/או פלשנית ו/או בדיקת הדמיה ונמצא בה ממצא שהצריך ברור/מעקב רפואי? אם כן צרף את תוצאות הבדיקות ופרט: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 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 מוגדרות מתכנית הביטוח ואינן מכוסות. הרשימה מופיעה באתר החברה בדף מוצר הביטוח ומתעדכנת מעת לעת. ההחלטה תהיה נכונה למועד קרות מקרה הביטוח. הננו ממליצים לבדוק את רשימת ההחלטות לספורט אתגרי מעת לעת.

**הערות:**

**הצהרות המועמדים לביטוח:**

אני הח"מ מצהיר ומאשר, (א) כל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. (ב) אם אדרש לכך על-ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בדיקה רפואית על-ידי רופא החברה והתשובות שתימסרנה על-ידי לרופא החברה תחשבנה כחלק בלתי נפרד מהצהרותיי. (ג) קבלה לביטוח: ידוע לי כי הסכמת החברה לקבל 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 רלבנטי ורק עם סיומו תודיע לי אם קבלתם או לא קבלתם את ההצעה. הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת תקופת הביטוח. 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 ובתי החולים האחרים, מרפאות בריאות הנפש, המוסד לביטוח לאומי, 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 ל"מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ" ("המבקש"). את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאות ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד. וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותם והקשורים למצבי הרפואי. הנני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כאמור ולא תהינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור. כן אני מייפה את המבקש לאסוף כל מידע שיראה בעיניי 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**

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לביטוח \* \_\_\_\_\_

**הצהרת סוכן הביטוח /עד לחתימה:**  
אני הח"מ מאשר בזאת כי המועמד לביטוח חתם בפני:

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ מספר רישיון סוכן \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן /עד לחתימה \* \_\_\_\_\_

מק"ט 010111001 (מהדורה 04.2023)

## י. הצהרות המועמד לביטוח

- אני הח"מ מבקש להתקבל כמבוטח בהתאם לתנאי תכנית הביטוח שנבחרה בהצהרה זו לאחר שמצאתי אותה מתאימה לצרכי ואני מצהיר ומתחייב כדלקמן:
- הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה:** כל התשובות, הפרטים ומידע אחר שנמסר במסגרת הצהרה 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. 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 תאגיד או מכירת עסקי הקבוצה). **מדיניות הגנת הפרטיות של קבוצת מגדל זמינה עבורך באתר האינטרנט <https://www.migdal.co.il> או באפליקציה של החברה.**
  - הצהרה בדבר מרכיבי התכנית והתאמתם למועמד לביטוח:** החברה מסרה לי כי תכניות הביטוח המשווקות על ידה מעת לעת, לרבות התכנית נשוא הצעה זו, מפורסמות באתר האינטרנט של החברה. מרכיבי התכנית הנרכשת לרבות הכיסויים הביטוחיים, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי ביטוח וגבולות אחריות עיקריים, וכן אמצעי התשלום ותנאי התשלום האפשריים הובאו לידיעתי. כמו כן, נמסר לי דבר קיומם / אי קיומם של תקופת המתנה ו/או תקופת אכשרה ו/או חריגות לכיסוי הביטוחי ו/או השתתפות עצמית, 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 התכנית אליה אני מבקש להתקבל, נבחרה לאחר שמצאתי אותה מתאימה לצרכי. כמו כן נמסר לי כי מעת לעת מוצאה 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 אודותי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט או באמצעי תקשורת חליפי, למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח ("קווי תקשורת") וכן כי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך כי במקרה זה יתכנו תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים מהווים 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.
  - מינוי בעל רישיון:** לטופס הצעה זה מצורף ייפוי כח הממנה את בעל הרישיון ששמו נקוב ביפוי הכח כבעל רישיון לטיפול בעסקה ("בעל הרישיון") בהתאם לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק בייעוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני, התשס"ה 2005) היה ובעתיד אמציא לכם יפוי כח הממנה בעל רישיון אחר מזה המנוי בנספח להצעה זו יהיה בעל הרישיון אותו אנקוב ביפוי הכח המחליף בעל הרישיון לטיפול בתכנית הביטוח.
  - הצהרה בדבר קבלת יעוץ פנסיוני מבעל הרישיון:** אני מצהיר כי ידוע לי שעל בעל הרישיון להתאים את הייעוץ או השיווק לצרכי הלקוח לאחר שברר עימו את מטרות החיסכון שלו באמצעות מוצר פנסיוני, את מצבו הכספי דרך כלל, את החיסכון הקיים שלו, באמצעות מוצרים פנסיוניים ואת שאר הניסיונות הצריכות לעניין, ככל שהלקוח הסכים למסור לגביהם מידע, ולאור אלו נעשית הבחירה של סוג המוצר הפנסיוני, המוצר הפנסיוני והגוף המוסדי. אני מאשר כי קיבלתי יעוץ לגבי הרכישה של המוצר הפנסיוני וכי קיבלתי מבעל הרישיון מסמך בכתב, המפרט את הנימוקים של בעל הרישיון בדבר כדאיות החיסכון שלי באמצעות המוצר הפנסיוני הנרכש. כמו כן, נמסר לי כי מעת לעת מוצאה החברה תוכניות חדשות וכי ראוי לבדוק ולברר בכל עת בעתיד את המוצר שרכשתי ביחס לאלו שיהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התוכנית שרכשתי עשויים להשתנות.
  - משלוח הודעות לחברה:** בעל הרישיון כמופיע ביפוי הכח המצורף, או אם יוחלף בעתיד על ידי בעל רישיון אחר והודעה על מינוי בעל הרישיון האחר תומצא לחברה, יחשב כשלוח של החברה לעניין מתן ההודעות שלי ושל המוטב לחברה.
  - איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי:** לתשומת ליבך, רשות שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם.
  - במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. לנוחותך, תוכל למלא בקשה להסרת פרטיך מהממשק באמצעות טופס דיגיטלי באתר האינטרנט של חברתנו בכתובת: [www.migdal.co.il](http://www.migdal.co.il).
  - לידיעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
  - 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. בנוסף, משהתקבל המבוטח לביטוח, יהיה הכיסוי הביטוחי הכלול בדף פרטי הביטוח בתוקף לפי המאוחר מבין: תאריך החתימה על ההצעה או תאריך תחילת תקופת הביטוח

<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;"><b>חתימת המועמד לביטוח</b> *</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">תאריך</p>
--	---

(\*) "מי מטעמנו" - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), התשע"ב 2012.

## יא. הסכמה לפניות שיווקיות

אני מסכים / אני לא מסכים כי המידע ישמש את החברה ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לרבות סוכן הביטוח שלי, 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 חיגו 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).

<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;"><b>חתימת המבוטח</b> *</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">תאריך</p>
---	---

## יב. הצהרת המשווק הפנסיוני / היועץ הפנסיוני

- הריני מצהיר כי מונית על-ידי המועמד לביטוח כבעל רישיון בהתאם לייפוי הכוח המצורף להצעה זו. שאלתי את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות למעלה וקיבלתי ממנו את כל הפרטים, המידע והמסמכים הדרושים ובין היתר את הפרטים המפורטים בטופס זה על צרפותיו וכי מסרתי למבוטח מסמך בכתב קבוע בהסדר התחיקתי וכי מסמך זה נחתם לפני
- הנני מצהיר בזאת, כי נכון למועד חתימת ההצעה כיסוי מטריה לפנסיה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין רובד השכר המבוטח בקרן הפנסיה, אשר אינו מבוטח בחברת ביטוח.

<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;"><b>חתימת המשווק / היועץ הפנסיוני</b> *</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">תאריך</p>
--	---





שם בעל הרישיון	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר סוכן

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

## הוראה לחיוב חשבון - ביטוח חיים ופנסיה

טופס מספר 5

### מספרי פוליסות / תוכניות

בכל פוליסות / תוכניות פרט / תגמולים לעצמאים ע"ש המבוטח

רק בפוליסות / תוכניות פרט / תגמולים לעצמאים שמספרן:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_ 9. \_\_\_\_\_ 10. \_\_\_\_\_

### תשלום בכרטיס אשראי (לא ניתן לשלם באמצעות כרטיס אשראי החזר הלוואה ו/או תשלום חיובים לפוליסה ע"י מעסיק)

בעל כרטיס אשראי		אני מר/גברת:			
בתוקף עד	מספר הכרטיס	סוג הכרטיס	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסת ביטוח חיים / פנסיה. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה למגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת האשראי לרבות חיובי הוצאות עקב אי כיבוד הוראת קבע בגין הפוליסות הנ"ל. הנני מסכים כי הסדר זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח ו/או קרן הפנסיה לפחות 30 יום לפני מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר.

ידוע לי כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח/קרן הפנסיה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל/י החשבון ★ \_\_\_\_\_

### תשלום בהוראת קבע

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

מספר חשבון \_\_\_\_\_ סוג חשבון \_\_\_\_\_ קוד מוסד 00602

הרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות  הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב ש"ח \_\_\_\_\_  מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום \_\_\_\_\_

(אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח הם יוחזרו ע"י הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך)

### לתשומת לבכם - אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות

אני/הח"מ (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/ינו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
- אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבע מעת לעת ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ עפ"י תנאי הפוליסה/ות / התכנית/ות ותוספותיה/ן.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל/י החשבון ★ \_\_\_\_\_

### זיקה בין משלם למבוטח

אם המשלם אינו מועמד לביטוח יש לפרט את מהות הקשר בינו לבין המועמד/ים לביטוח

קרבה מדרגה ראשונה  קשר עובד מעסיק  בעל פוליסה חריג  טופס זיקה



011120050102010423

עמוד 5 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	<b>00602</b>	
תאריך	בנק וסניף	חתימה וחותמת הסניף *		



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר סוכן גמל והשתלמות	מספר סוכן ביטוח
שם המפקח	מספר פוליסה	מספר סוכן פנסיה

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

## הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רישיון) (נספח ב2)

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כוח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו  
( צורך מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

טופס מספר **567**

לכבוד \_\_\_\_\_ (שם הגוף המוסדי), (מספר ח.פ.)

א. פרטי מייפה הכוח (הלקוח)						
שם פרטי		שם משפחה			מספר זהות	
מיקוד	ת"ד	מספר דירה	מספר בית	כתובת מגורים (רחוב)	יישוב	

ב. פרטי מיופה הכוח (סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני, במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד)						
רישיון מספר		שם (יחיד / תאגיד)				
מספר טלפון		דואר אלקטרוני		אשר הינו: (סמן את האפשרות המתאימה)		
				<input type="checkbox"/> יועץ פנסיוני <input type="checkbox"/> סוכן ביטוח פנסיוני		

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני ומי מטעמו, לפנות בשמי לגוף המוסדי<sup>2</sup> המפורט לעיל לשם קבלת מידע<sup>3</sup> אודות מוצרים פנסיוניים<sup>4</sup> ותכנית ביטוח<sup>5</sup> הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשותיי להצטרפות למוצר או העברת בקשותיי לביצוע פעולות בו והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית. אם מנוהלת עבורי תכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיופה הכח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

ג. הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים*		
(1) מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר	(2) מספר קידוד של המוצר (חובה)	(3) סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל
<input type="checkbox"/> יועץ פנסיוני <input type="checkbox"/> סוכן ביטוח פנסיוני		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

\* במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.  
\* אם מועבר "מספר הקידוד של המוצר" יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני". בממשק האירועים שדה "מספר קידוד אחיד" הוא שדה חובה.

\* אם סימנתי X בעמודה (3), סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.

### 1. ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסויים)

שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:

- בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע על מוצר מסויים, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
- בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
- \* חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם

### 2. תוקפו של ייפוי כוח

שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה

- הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.
- הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ-10 שנים - עד \_\_\_\_\_

ולראיה באנו על החתום:

תאריך	חתימת הלקוח*	תאריך	שם סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני	חתימת סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני*

<sup>1</sup> "מי מטעמו" עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות בפיקוח על שירותים פנסיוניים (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), תשע"ב - 2012

<sup>2</sup> "גוף מוסדי" - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.

<sup>3</sup> "מידע אודות מוצר" - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש.

<sup>4</sup> "מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31(ז)(2) לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח שאינה כלולה במוצר פנסיוני ואינה נמכרת אגב אותו מוצר כהגדרתה בסעיף 31(ז)(1) לחוק הייעוץ הפנסיוני, למעט תכנית ביטוח כאמור הכלולה במוצר ביטוח שאינו מוצר פנסיוני.

<sup>5</sup> "תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.





שם הסוכן	מספר רשיון הסוכן
שם המפקח	מספר סוכן
מספר פוליסה	

המועד המבוקש להתחלת הביטוח*
01/

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

## הצעה לביטוח - מגדל מטריה לפנסיה - בתכנית תגמולים לעצמאים

טופס מספר **269**

מובהר בזאת כי כל המונחים בהצעה להלן יפורשו כהגדרתם בתנאים הכלליים של הפוליסה. בכל מקום בהצעה שקיימת התייחסות לגיל המבוטח הכוונה לגיל הביטוחי כהגדרתם בתנאים הכלליים של הפוליסה.

א. פרטי המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/>
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד
מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני	אני מבקש לקבל הודעות ומסמכים מטעם החברה (לרבות: דוח שנתי מקוצר, דף פרטי ביטוח, תנאי הפוליסה וגילוי נאות) באחד האמצעים שלהלן: <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> הודעת טקסט (מסרון) <input type="checkbox"/> דואר			
מקצוע	עיסוק				

ב. אופן התשלום וגורם הגביה	
<input type="checkbox"/> תשלום ע"י מעסיק - באמצעות הוראת קבע	אופן הגביה - חודשי
<input type="checkbox"/> תשלום ע"י מבוטח - באמצעות הוראת קבע או כרטיס אשראי בלבד	
<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי - יש למלא טופס "הוראה לחיוב חשבון" המצ"ב (טופס 5)	אמצעי גביה
<input type="checkbox"/> הוראת קבע - יש למלא טופס "הוראה לחיוב חשבון" (טופס 5)	

ג. נתוני קרן הפנסיה	
<input type="checkbox"/> שכיר בקרן הפנסיה	
1. מועד הצטרפות לראשונה לקרן _____	3. % הפרשה בקרן _____
2. השכר המבוטח בקרן _____	4. שיעור פנסיית נכות _____
<input type="checkbox"/> עצמאי בקרן הפנסיה	
1. מועד הצטרפות לראשונה לקרן _____	4. פרמיה בקרן הפנסיה _____
2. שיעור הגמולים לעמית עצמאי בקרן הפנסיה _____	שכר מבוטח לגבי עמית עצמאי - השכר למבוטח יחושב לפי הפרמיה עליה הצהיר המבוטח כפרמיה המשולמת לקרן הפנסיה כשהיא מחולקת בשיעור הפרשה לקרן הפנסיה. (שיעור הפרשה לעמית עצמאי בהתאם לתקנון הפנסיה).
3. שיעור פנסיית נכות _____	
לתשומת לב המבוטח	
1. תוקף הכיסוי - הכיסוי לפי פוליסה זו יהיה בתוקף כל עוד המבוטח הינו עמית מבוטח בקרן הפנסיה. ידוע למבוטח כי עליו להודיע לחברה על כל שינוי בסטטוס עמית בקרן הפנסיה.	
2. קביעת גובה הפיצוי החודשי - שכרו החודשי (להלן "שכר מבוטח") על פיו נקבעות זכויות המבוטח בפוליסה, אשר משמש בסיס לקביעת הפיצוי החודשי והשחרור מהפקדות לקרן הפנסיה, יהיה כנקוב בטופס ההצעה לביטוח או בכל הודעה אחרת של המבוטח שהגיעה לחברה. מובהר בזאת כי בקשה לעידכון השכר המבוטח מותנית במסירת הודעה לחברה בכתב על ידי המבוטח, וקבלתה על-ידי החברה. כל עוד לא נעשה עדכון כאמור בהתאם לאמור בתנאי הפוליסה, יהיה השכר צמוד למדד.	

מחזור 10.2021



011172690107011021

עמוד 1 מתוך 7 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 117



### ד. מטריות (חובה לסמן אחת לפחות)

גיל תום ביטוח \_\_\_\_\_ בין 60-67 בהעדר סימון ברירת מחדל תהיה 67.

\* גיל תום ביטוח ל"פיצוי חודשי עקב נכות שארעה בתקופת אכשרה" - בהתאם להגדרה המופיעה מטה בהגדרת "תקופת הביטוח".

<input type="checkbox"/> פיצוי חודשי לעיסוק ספציפי	<b>בכפוף לאישור החברה.</b> תשלום הפיצוי החודשי לפי הגדרת עיסוק ספציפי למקרה וקרן הפנסיה דחתה את התביעה עקב הגדרת עיסוק סביר אחר.
<input type="checkbox"/> פיצוי חודשי עקב נכות שארעה בתקופת אכשרה	* <b>תקופת ביטוח</b> - מובהר בזאת תקופת הביטוח לכיסוי ביטוחי זה תהייה בהתאם לתקופת הכיסוי הביטוחי הרצופה בקרן הפנסיה לרבות במקרה של העברת כספים מקרן חדשה אחרת, אך לא יותר מ-60 חודשים ממועד ההצטרפות לקרן הפנסיה ולא יאוחר מגיל 67, לפי המועד המוקדם מביניהם. יובהר כי תקופת הביטוח לכיסוי ביטוחי זה בהתייחס להגדלות בסכומי הביטוח ככל שיבוצעו בהסכמת החברה, תסתיים אף היא במהלך התקופה המפורטת מעלה.

### ה. הרחבות וכיסויים נוספים - רשות

<input type="checkbox"/> פרנצי'זה	<input type="checkbox"/> הגדלת תגמולי ביטוח ב-2% בתקופת התביעה
<input type="checkbox"/> תשלום נוסף במקרה סיעוד - מובהר כי על פי תנאי הפוליסה הרחבה זו לא תחול על מטריה להגדרת עיסוק ספציפי במידה ונרכשה.	
<input type="checkbox"/> אור 1	סכום הביטוח _____ ש"ח גיל תום הביטוח 67

### ו. כיסויים נוספים לרכישה בפוליסה נפרדת

<input type="checkbox"/> אור 1	סכום הביטוח _____ ש"ח גיל תום הביטוח _____ (מקסימום 75)
<input type="checkbox"/> ריסק MAX	סכום הביטוח _____ ש"ח גיל תום הביטוח 67, גיל כניסה מקסימלי 46
<input type="checkbox"/> תשלום מחצית מסכום הביטוח במקרה מחלה חשוכת מרפא	<ul style="list-style-type: none"> <li>תום הביטוח לכיסוי זה יהיה 12 חודשים לפני מועד הסיום של כיסוי אור 1/ריסק MAX</li> <li>גובה סכום הביטוח לכיסוי זה כגובה סכום הביטוח בכיסוי אור 1/ריסק MAX</li> </ul>

### ז. מוטבים - במקרה פטירה

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למבוטח	החלק היחסי בתגמולי הביטוח באחוזים														
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				

### ח. מגדל הכנסה למשפחה - יירכש בפוליסה נפרדת

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

\* סכום הביטוח לתשלום חודשי מינימלי הינו 500 ₪. הסכום המבוקש יחולק בין המוטבים כפי שירשמו בסעיף המוטבים.  
 \*\* סכום הביטוח צמוד למדד עד מות המבוטח. החל ממועד זה ישולם סכום התשלום החודשי למוטבים כשהוא צמוד לתוצאות ההשקעות במסלול ההשקעה וכמוגדר בתנאי הפוליסה.  
 \*\*\* מינימום 10 שנות ביטוח, מוגבל לגיל תום ביטוח 75.  
 \*\*\*\* מינימום 10 שנות ביטוח, מוגבל לגיל תום ביטוח 85.

10.2021 (מהדורה)



**ט. הצהרת בריאות מקוצרת - עד סכום פיצוי של 20,000 ₪ למטריה ומקסימום 2,000,000 ₪ לריסק למקרה מוות (אור 1, מגדל הכנסה למשפחה). במקרה של סכומים גבוהים יותר יש למלא הוכחת מצב בריאות בהתאם לכללי החברה הרגילים.**

גובה (ס"מ)		משקל (ק"ג)
<b>סמן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)</b>		
לא	כן	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 האם נקבעו לך על ידי המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון או גורם אחר כלשהוא שיעור נכות של 35% או יותר, והאם הוגשה מטעמך בקשה אשר הדין בה טרם הסתיים לקביעת דרגת הנכות כאמור?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 האם אושפזת בבית חולים כתוצאה ממחלה (3) או מתאונה (10) במשך שלוש השנים האחרונות?
<b>3 האם אובחנו אצלך בעבר מומים/מחלות/הפרעות באחת מהמערכות/האיברים הבאים:</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	א. <input type="checkbox"/> מערכת לב (2) <input type="checkbox"/> כלי דם (14) <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם (28)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ב. <input type="checkbox"/> בעיות גב ועמוד שדרה (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ג. <input type="checkbox"/> דכאון <input type="checkbox"/> חרדות <input type="checkbox"/> האם אובחנת כחולה במחלת נפש (13)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ד. <input type="checkbox"/> סוכרת במשך חמש השנים האחרונות (7)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ה. <input type="checkbox"/> מערכת ריאות ודרכי נשימה (1)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ו. <input type="checkbox"/> סרטן <input type="checkbox"/> גידולים (24)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ז. <input type="checkbox"/> מחלות מעיים (6) <input type="checkbox"/> כבד (14) <input type="checkbox"/> לבלב (6)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ח. <input type="checkbox"/> מערכת הדם, מחלות זיהומיות(25): לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, טחול מוגדל, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 מחלות של מערכת החיסון (אוטואימוניות) כדוגמת: דלקת פרקים, איידס/נשאות, לופוס/זאבת (SLE) - אם סימנת "כן" יש לצרף דוח מרפאת מעקב ותוצאות בדיקה שביצעת
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע (21)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק, לרבות סיגריה אלקטרונית) אם כן ציין מס' סיגריות/פעמים שמעשן ביום:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 האם ב-5 השנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית ו/או פולשנית ו/או בדיקת הדמיה ונמצא בה ממצא שהצריך ברור/מעקב רפואי? אם כן צרף את תוצאות הבדיקות/ופרט:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 האם יש לך עיסוקים/תחביבים/אורח חיים עם סיכון מיוחד? אם כן, צרף שאלון תחביבים/מקצועי ברכישת כישורי לאובדן כושר עבודה או נכות מתאונה, אנו מבקשים להסב את תשומת לבך לרשימת פעילויות של ספורט אתגרי אשר מוחרגות מתכנית הביטוח ואינן מכוסות. הרשימה מופיעה באתר החברה בדף מוצר הביטוח ומתעדכנת מעת לעת. ההחלטה תהיה נכונה למועד קרות מקרה הביטוח. הננו ממליצים לבדוק את רשימת ההחרגות לספורט אתגרי מעת לעת.

**הערות:**

**הצהרות המועמדים לביטוח:**  
 אני הח"מ מצהיר ומאשר, (א) כל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. (ב) אם אדרש לך על-ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בבדיקה רפואית על-ידי רופא החברה והתשובות שתימסרנה על-ידי רופא החברה תחשבנה כחלק בלתי נפרד מהצהרותיי. (ג) 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 רלבנטי ורק עם סיומו תודיע לי אם קבלתם או לא קבלתם את ההצעה. הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת תקופת הביטוח. 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 ובתי החולים האחרים, מרפאות בריאות הנפש, המוסד לביטוח לאומי, לחברות הביטוח לקרנות הפנסיה (לרבות המבקש, לפי העניין), שלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, מנהל האוכלוסין ומשרד הפנים, למסור "למגדל חברה לביטוח בע"מ" ו/או "למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ" ("המבקש"). את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאות ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד. וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותם והקשורים למצבי הרפואי. הנני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי 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 עזבתי 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**

<input type="text"/>	תאריך
<input type="text"/>	חתימת מועמד לביטוח ★
<b>הצהרת סוכן הביטוח /עד לחתימה:</b>	
אני הח"מ מאשר בזאת כי המועמד לביטוח חתם בפני:	
<input type="text"/>	תאריך
<input type="text"/>	שם פרטי ומשפחה
<input type="text"/>	מספר רישיון סוכן
<input type="text"/>	חתימת הסוכן / עד לחתימה ★

10.2021 (מהדורה)



## י. הצהרות המועמד לביטוח

- אני הח"מ מבקש להתקבל כמבוטח בהתאם לתנאי תכנית הביטוח שנבחרה בהצעה זו לאחר שמצאתי אותה מתאימה לצרכי ואני מצהיר ומתחייב כדלקמן:
- 1. הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה:** כל התשובות, הפרטים ומידע אחר 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. אני מתחייב להודיע לחברה אם בעתיד יחול שינוי באלו מהמידע שנמסר וזאת מיד עם היוודע לי על דבר השינוי
  - 2. הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות:** אני מאשר שהמידע שמסרתי במסך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ישמר במאגרי המידע של החברה כן בגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ואו 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 בדיון (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגידי). **מדיניות הגנת הפרטיות של קבוצת מגדל זמינה עבורך באתר האינטרנט <https://www.migdal.co.il> או באפליקציה של החברה.**
  - 3. הצהרה בדבר מרכיבי התכנית והתאמתם למועמד לביטוח:** החברה מסרה לי כי תכניות הביטוח המשווקות על ידיה 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 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, 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 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.
  - 4. העברת מידע בקווי תקשורת:** אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התכנית ו/או אודותי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט או באמצעי תקשורת חליפי, למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח ("קווי תקשורת") וכן כי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך כי במקרה זה יתכנו תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים 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.
  - 5. מינוי בעל רישיון:** לטופס הצעה זה מצורף ייפוי כח הממנה את בעל הרישיון ששמו נקוב ביפוי הכח כבעל רישיון לטיפול בעסקה ("בעל הרישיון") בהתאם לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק בייעוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני, התשס"ה-2005) היה ובעתיד אמציא לכם יפוי כח הממנה בעל רישיון אחר מזה המנוי בנספח להצעה זו יהיה בעל הרישיון אותו אנקוב ביפוי הכח המחליף בעל הרישיון לטיפול בתכנית הביטוח.
  - 6. הצהרה בדבר קבלת יעוץ פנסיוני מבעל הרישיון:** אני מצהיר כי ידוע לי שעל בעל הרישיון להתאים את הייעוץ או השיווק לצרכי הלקוח לאחר שברר עימו את מטרות החיסכון לגביהם מידע, ולאור אלו נעשית הבחירה של סוג המוצר הפנסיוני, המוצר הפנסיוני והגוף המוסדי. אני מאשר כי קיבלתי ייעוץ לגבי הרכישה של המוצר הפנסיוני וכי קיבלתי מבעל הרישיון מסמך בכתב, המפרט את הנימוקים של בעל הרישיון בדבר כדאיות החיסכון שלי באמצעות המוצר הפנסיוני הנרכש. כמו כן, נמסר לי כי מעת לעת מוציאה החברה תוכניות חדשות וכי ראוי לבדוק ולברר בכל עת בעתיד את המוצר שרכשתי ביחס לאלו שיהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התוכנית שרכשתי עשויים להשתנות.
  - 7. משלוח הודעות לחברה:** בעל הרישיון כמופיע ביפוי הכח המצורף, או אם יוחלף בעתיד על ידי בעל רישיון אחר והודעה על מינוי בעל הרישיון האחר תומצא לחברה, יחשב כשלוח של החברה לעניין מתן ההודעות שלי ושל המוטב לחברה.
  - 8. 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](http://www.migdal.co.il).
  - לידיעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
  - 9. 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. בנוסף, משהתקבל המבוטח לביטוח, יהיה הכיסוי הביטוחי הכלול בדף פרטי הביטוח בתוקף לפי המאוחר מבין: תאריך החתימה על ההצעה או תאריך תחילת תקופת הביטוח

חתימת המועמד לביטוח

תאריך

(\* "מי מטעמו" - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיונית) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), התשע"ב-2012.

## יא. הסכמה לפניות שיווקיות

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 [migdal.co.il](mailto:migdal.co.il).

חתימת המבוטח

תאריך

## יב. הצהרת המשווק הפנסיוני / היועץ הפנסיוני

1. הריני מצהיר כי מונית על-ידי המועמד לביטוח כבעל רישיון בהתאם לייפוי הכוח המצורף להצעה זו. שאלתי את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות למעלה וקיבלתי ממנו את כל הפרטים, המידע והמסמכים הדרושים ובין היתר את הפרטים המפורטים בטופס זה על צרפותיו וכי מסרתי למבוטח מסמך בכתב כקבוע בהסדר התחיקתי וכי מסמך זה נחתם לפני
2. הנני מצהיר בזאת, כי נכון למועד חתימת ההצעה כיסוי מטריה לפנסיה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין רובד השכר המבוטח בקרן הפנסיה, אשר אינו מבוטח בחברת ביטוח.

חתימת המשווק / היועץ הפנסיוני

תאריך





שם בעל הרישיון	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר סוכן

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

## הוראה לחיוב חשבון - ביטוח חיים, בריאות, פנסיה

טופס מספר **5**

מספרי פוליסות / תוכניות					
<input type="checkbox"/> בכל פוליסות/ תוכניות פרט/ תגמולים לעצמאים ע"ש המבוטח			<input type="checkbox"/> 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:		
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	סוג הכרטיס	מספר הכרטיס	בתוקף עד

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסת ביטוח חיים/בריאות / 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 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/קרן הפנסיה.

תאריך

חתימת בעל/ החשבון

תשלום בהוראת קבע						
שם הבנק	מספר סניף	מספר בנק	יישוב	כתובת הסניף (רחוב)	מספר בית	ת"ד
מספר חשבון			סוג חשבון		קוד מוסד	
					00602	
<input checked="" type="checkbox"/> הרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות			<input type="checkbox"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות:			
<input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב ש"ח _____			<input type="checkbox"/> 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/ 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/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.
  - ההוראה 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/ם 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.
  - איה/נהיה רשאי/ם 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 ייקבע מעת לעת ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ עפ"י תנאי הפוליסה/ות / התכנית/ות ותוספותיה/ן.

תאריך

חתימת בעל/ 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

(מהדורה 10.2021)



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/נם 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 הוצאו/ בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה		קוד מוסד	מספר פוליסה / תכנית
		בנק	סניף		
				<b>00602</b>	
תאריך	בנק וסניף	חתימה וחותמת הסניף ★			





שם בעל הרשיון הפנסיוני	מספר סוכן גמל והשתלמות	מספר סוכן ביטוח
שם המפקח	מספר פוליסה	מספר סוכן פנסיה

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

## הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רישיון) (נספח ב2)

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כוח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו

( צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

טופס מספר **567**

לכבוד \_\_\_\_\_ (שם הגוף המוסדי), (מספר ח.פ.)

א. פרטי מייפה הכוח (הלקוח)						
שם פרטי			שם משפחה		מספר זהות	
מיקוד	ת"ד	מספר דירה	מספר בית	כתובת מגורים (רחוב)		יישוב

## ב. פרטי מיופה הכוח (סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני, במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד)

שם (יחיד / תאגיד)		רשיון מספר
אשר הינו: (סמן את האפשרות המתאימה)		מספר טלפון
<input type="checkbox"/> יועץ פנסיוני <input type="checkbox"/> סוכן ביטוח פנסיוני		
דואר אלקטרוני		

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני ומי מטעמו<sup>1</sup>, לפנות בשמי לגוף המוסדי<sup>2</sup> המפורט לעיל לשם קבלת מידע<sup>3</sup> אודות מוצרים פנסיוניים<sup>4</sup> ותכנית ביטוח<sup>5</sup> הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשותיי להצטרפות למוצר או העברת בקשותיי לביצוע פעולות בו והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית. אם מנוהלת עבורי תכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיופה הכח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

## ג. הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים\*

(1) מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר	(2) מספר קידוד של המוצר (חובה)	(3) סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

\* במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.  
\* אם מועבר "מספר הקידוד של המוצר" יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני". בממשק האירועים שדה "מספר קידוד אחיד" הוא שדה חובה.  
\* אם סימנתי X בעמודה (3), סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.

### 1. ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסוים)

שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:  
 בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע על מוצר מסוים, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.  
 בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.

\* חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם

### 2. תוקפו של ייפוי כוח

שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:  
 הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.  
 הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ-10 שנים - עד ליום \_\_\_\_\_

### ולראיה באנו על החתום:

תאריך	חתימת הלקוח	תאריך	שם סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני	חתימת הביטוח או היעץ הפנסיוני

<sup>1</sup>מי מטעמו" עובד הקשור לעבודתו של בעל הרשיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות בפקוח על שירותים פיננסיים (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), תשע"ב - 2012

<sup>2</sup>גוף מוסדי" - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.  
<sup>3</sup>מידע אודות מוצר" - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש.

<sup>4</sup>מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31(ז)(2) לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח שאינה כלולה במוצר פנסיוני ואינה נמכרת אגב אותו מוצר כהגדרתה בסעיף 31(ז)(1) לחוק הייעוץ הפנסיוני, למעט תכנית ביטוח כאמור הכלולה במוצר ביטוח שאינו מוצר פנסיוני.

<sup>5</sup>"תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.



011155670707211118

עמוד 7 מתוך 7 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ  
קוד מסמך 885 למידע ופעולות / קוד מסמך 393 למידע  
בלבד (סימון X בסעיף ג' בפוליסה המתאימה)