



הצעה לביטוח חיים קבוצתי עבור עמיתי "מגדל השתלמות"

טופס מספר **2509**

את הבקשה יש להחזיר למשרדנו באחת מהדרכים הבאות:
בדואר לכתובת: מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, ת"ד 3778, קרית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106. **בפקס:** 03-9201040 או **בדואר:** mokedge@migdal.co.il

אני החתום מטה, המועמד לביטוח לפי הפוליסה, מבקש/ת בזה לכלול אותי במסגרת הביטוח הנ"ל ובכל חידוש לביטוח זה.

| א. פרטי המועמד לביטוח | | | | | | |
|-----------------------|---------------------|---------|--|-----|------------|------------|
| מספר זהות | שם משפחה | | שם פרטי | | תאריך לידה | מין |
| | | | | | | |
| יישוב | כתובת מגורים (רחוב) | מס' בית | מס' דירה | ת"ד | מיקוד | מספר טלפון |
| | | | | | | |
| מספר טלפון נייד | דואר אלקטרוני | | אנא סמן אחת מהאפשרויות הבאות: <input type="checkbox"/> אני מסכים / <input type="checkbox"/> אני לא מסכים לקבל את הפוליסה והמידע בקשר אליה, כולל הודעות בקשר לניהולה השוטף באמצעות דואר אלקטרוני. במקרה זה תשלח לטלפון הסלולרי הרשום לעיל סיסמה אישית, אותה יש להקליד לצורך פתיחת ההודעה. | | | |
| מקצוע | עיסוק | | | | | |
| | | | | | | |

| ב. מידע מהותי אודות הכיסוי הביטוחי | | |
|--|--|--------------|
| להלן מידע מהותי אודות הכיסוי הביטוחי המוצע בפוליסה הקבוצתית אשר באפשרותך לרכוש. כל האמור מטה הינו בכפוף לתנאי הפוליסה והפרשנות תהיה בהתאם להגדרות שבפוליסה. במקרה של סתירה בין האמור מטה לבין האמור בפוליסה, יגברו תנאי הפוליסה. | | |
| שם בעל הפוליסה | מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ | |
| עיקרי הכיסויים הביטוחיים | ביטוח יסודי למקרה מוות | |
| סכום הביטוח | 150,000 ש"ח (הסכום אינו צמוד וישאר ללא שינוי לכל תקופת הביטוח) | |
| סוג הפרמיה | משתנה לפי קבוצת גיל | |
| גיל מבטחים | גיל הצטרפות מינימלי - 18. גיל הצטרפות מקסימלי - 60. גיל מקסימלי לביטוח - 67. | |
| תדירות תשלום הפרמיה | חודשית | |
| סכומי פרמיה | קבוצת גיל | פרמיה חודשית |
| | עד גיל 40 (כולל) | 5.40 ש"ח |
| | גיל 41-55 (כולל) | 13.23 ש"ח |
| | גיל 56-67 (כולל) | 52.65 ש"ח |
| משלם הפרמיה | המבוטח באמצעות בעל הפוליסה (חיוב מצבירה בקרן ההשתלמות) | |
| תום תקופה | גיל 67 או תום הביטוח כמוגדר בפוליסה, לפי המוקדם מבניהם | |
| החרגות | ישנם חריגים והגבלות לחבות חברת הביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה | |

מק"ט 452510010 (מחזורי 07.2018)

| ג. מידע למועמד לביטוח |
|---|
| 1. כל התשובות המפורטות בהצעה זו, כולל התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו, ככל שרלוונטי. |
| 2. תוקף הביטוח לגבי כל מבוטח יפוג מאליו במועד המוקדם מבין אלה: א. בתום שנת הביטוח בה מלא למבוטח הגיל המקסימלי לביטוח. ב. בתום תקופת הביטוח של הפוליסה. ג. בתום החודש בו הפסיק המבוטח את חברותו בקרן ההשתלמות "מגדל השתלמות". |
| 3. המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסה וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסה ולטיפול בה. החברה וחברות אחרות בקבוצת מגדל ביטוח ו/או מישהו מטעמן תעשה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת מגדל ביטוח. |
| 4. הכיסוי הביטוחי יכנס לתוקפו רק לאחר אישור המועמד לביטוח ע"י החברה המבטחת ובכפוף להוראות הרגולציה. בכל מקרה, הכיסוי הביטוחי יכנס לתוקפו לא לפני תחילת החודש העוקב לחודש בו נחתמה בקשת ההצטרפות ולאחר שנתקבלה לפחות הפקדה אחת או שקיימת יתרה בחשבון המאפשרת גביית סכום הפרמיה לביטוח. |
| 5. במידה והתשובה על אחת מהשאלות 1, 3-5 שבהצהרת הבריאות הינה חיובית לא ניתן יהיה לצרף אותך לביטוח במסגרת זו |
| 6. במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים אלו ו/או את מסמך תנאי הפוליסה ואת כתבי השירות הנלווים לה, באפשרותך לפנות למגדל חברה לביטוח, בהתאם לפרטי ההתקשרות מטה ולקבלם בכתב. בנוסף ניתן לקבל מידע באתר החברה שכתובתו: www.migdal.co.il |
| 7. תאריך תחילת הביטוח הינו 1.1.2017. ותוקפו עד ליום 31.12.2019 (תקופת ההסכם בין המבטח לבעל הפוליסה) |
| 8. הפוליסה כוללת חיתום. תנאי החיתום: חתימה על הצהרת בריאות. |
| 9. במידה ונפדה חשבונך שממנו נגבתה פרמיית הביטוח, וקיים לך חשבון נוסף במגדל השתלמות אשר קיימת בו יתרה או נפתח לך חשבון חדש במגדל השתלמות בתוך 60 יום יגבו פרמיות הביטוח מחשבון זה (המחשבון בעל הצבירה הגדולה ביותר). |

מגדל חברה לביטוח בע"מ



01100025090103220718

עמוד 1 מתוך 3 דפים

קוד מסמך: 1082/1135

ד. הצהרות המועמד לביטוח

1. אני הח"מ מבקש/ת בזה לכלול אותי במסגרת הביטוח הנ"ל ובכל חידוש לביטוח זה.
2. לצורך תשלום הפרמיה, אני נותן/ת בזה הרשאה לבעל הפוליסה לנכות מהכספים המגיעים לי/מחשבונני את הפרמיה, כפי שייקבע בין בעל הפוליסה לבין חברת הביטוח.
3. הריני מצרף הצהרת בריאות בחתימתי בטופס 498 המצ"ב. ידוע לי, כי הצהרת הבריאות משמשת יסוד להצטרפותי לביטוח הקבוצתי ועלי לחתום על הצהרה זו כלשונה מבלי להוסיף או למחוק דבר, מבלי לקבל מראש את הסכמת החברה. נכונות ההצהרה הינה תנאי מהותי לתוקף הביטוח.
4. הנהנה / המוטב במקרה מותי חו"ח הינה: קרן ההשתלמות "מגדל השתלמות" הזכאי על פי תנאי הפוליסה לסכום המגיע בקרות מקרה הביטוח. הזכאים לקבלת כספי הביטוח בקרן יהיו המוטבים כפי שנקבעו בחשבון העמית שנפטר בקרן.
5. אני מאשר למבטח למסור לבעל הפוליסה, כל מידע שיבקש בקשר לפוליסה ולביטוח שיערך לפיה.

| | | | |
|--|-------------------------------------|--|-------|
| | חתימת מועמד לביטוח ★ | | תאריך |
|--|-------------------------------------|--|-------|

ה. הצהרת סוכן הביטוח /עד לחתימה

אני הח"מ מאשר בזאת כי המועמד לביטוח חתם בפניי:

| | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---------------------|--|-------------------|--|-------|
| | חתימת הסוכן / עד לחתימה ★ | | מספר רישיון סוכן | | שם פרטי ומשפחה | | תאריך |
|--|--------------------------------------|--|---------------------|--|-------------------|--|-------|





הצהרת בריאות לביטוח חיים קבוצתי עבור עמיתי "מגדל השתלמות"

טופס מספר 498

| מספר זהות | | שם משפחה | | שם פרטי | | תאריך לידה | | מספר טלפון | | מספר טלפון נייד | |
|--|--|---|--|------------|--|------------|--|---------------|--|-----------------|--|
| | | | | | | | | | | | |
| מין | | מצב משפחתי | | גובה (ס"מ) | | משקל (ק"ג) | | דואר אלקטרוני | | עיסוק | |
| <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה | | <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> נ | | | | | | | | | |

סמן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)

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? כן לא

2. האם אושפזת בבית חולים כתוצאה ממחלה (3) או מתאונה (10) במשך שלוש השנים האחרונות? כן לא אם כן, פרט:

| לא | כן | 3. האם אובחנו אצלך בעבר מומים/מחלות/הפרעות באחת מהמערכות/ האיברים הבאים: |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | א. מערכת לב (2) <input type="checkbox"/> כלי דם (14) <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ב. דיכאון <input type="checkbox"/> האם אובחנת כחולה במחלת נפש? (13) <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ג. סוכרת במשך חמש השנים האחרונות (7) <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ד. מערכת ריאות ודרכי נשימה (1) <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ה. סרטן <input type="checkbox"/> גידולים <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ו. מחלות מעיים <input type="checkbox"/> כבד (6) <input type="checkbox"/> |

4. האם הינך נשא או חולה במחלת האיידס (תסמונת הכשל החיסוני)? לא כן, אם סימנת "כן", יש לצרף דוח מרפאת מעקב ותוצאות בדיקות שביצעת.

5. האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע? (21) כן לא

| לא | כן | 6. הרגלי עישון (יש לסמן ולמלא את הפרטים המתאימים): |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | א. האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק). אם כן, ציין מס' סיגריות/פעמים שמעשן ביום: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ב. אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת ב- 3 השנים האחרונות? |

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 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 "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 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.

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| תאריך | חתימת מועמד לביטוח |

הצהרת סוכן הביטוח/עד לחתימה:

אני הח"מ מאשר בזאת כי המועמד לביטוח חתם בפני:

| | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| תאריך | שם פרטי ומשפחה | מספר רישיון סוכן | חתימת הסוכן / עד לחתימה | |

