



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מס' פוליסה

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

## הצעה לביטוח פרט (תוכניות שאינן מוכרות כקופת גמל)

טופס מספר 165

שים לב: עבור כל מועמד לביטוח תופק פוליסה נפרדת

למועמד שני לביטוח (בן/בת זוג)	למועמד לביטוח
<input type="checkbox"/> מגדל הכנסה למשפחה <input type="checkbox"/> ריסק אור 1 <input type="checkbox"/> ריסק אור 5	<input type="checkbox"/> מגדל הכנסה למשפחה <input type="checkbox"/> ריסק אור 1 <input type="checkbox"/> ריסק אור 5

א. פרטי המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה*		פרטי בן/בת זוג (למילוי במקרה של רכישת ביטוחים לבן/בת זוג).
הפרטים	מועמד לביטוח	מועמד שני לביטוח (בן/בת זוג)
שם משפחה		
שם פרטי		
מס' ת.ז./דרכון (לתושב חוץ נא לצרף צילום)		
בזיהוי לפי דרכון - ארץ הנפקת הדרכון		
תאריך הנפקת ת.ז./דרכון		
תאריך לידה		
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
מצב משפחתי <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג	<input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג	<input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג
מעמד <input type="checkbox"/> תושב ישראל <input type="checkbox"/> תושב חוץ	<input type="checkbox"/> תושב ישראל <input type="checkbox"/> תושב חוץ	<input type="checkbox"/> תושב ישראל <input type="checkbox"/> תושב חוץ
כתובת מגורים (רחוב + מס' בית)		
ישוב		
מיקוד		
מספר טלפון		
מספר סלולרי		
דואר אלקטרוני		
מקצוע		
עיסוק		
השכלה <input type="checkbox"/> עד תיכונית <input type="checkbox"/> אקדמית <input type="checkbox"/> מקצועית	<input type="checkbox"/> עד תיכונית <input type="checkbox"/> אקדמית <input type="checkbox"/> מקצועית	<input type="checkbox"/> עד תיכונית <input type="checkbox"/> אקדמית <input type="checkbox"/> מקצועית
הרגלי עישון <input type="checkbox"/> אינני מעשן וגם לא עישנתי בעבר <input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום, החל משנת _____ <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר _____ סיגריות ליום, החל משנת _____ ועד שנת _____	<input type="checkbox"/> אינני מעשן וגם לא עישנתי בעבר <input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום, החל משנת _____ <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר _____ סיגריות ליום, החל משנת _____ ועד שנת _____	<input type="checkbox"/> אינני מעשן וגם לא עישנתי בעבר <input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום, החל משנת _____ <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר _____ סיגריות ליום, החל משנת _____ ועד שנת _____
עיסוקים/תחביבים/אורח חיים עם סיכון מיוחד (כגון: טיס, צלילה, סנפלינג, סקי וכו')	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן < פרט וצרף שאלון _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן < פרט וצרף שאלון _____

\* אם המועמד לבעלות בפוליסה שונה מהמועמד לביטוח, חובה למלא פרטי המועמד לבעלות בפוליסה בטופס נפרד.

ב. פרטי ילדים* (למילוי במקרה של רכישת כסויים ביטוחיים עבור ילדים) (יש לצרף הצהרת בריאות עבור כל אחד מהילדים המבוטחים)				
מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה

\* מתחת לגיל 18.



0111516501050210

עמוד מספר 1 מתוך 5 דפים

קוד מסמך 115



### ג. תקופת הביטוח\*, תכנית הביטוח, דמי הביטוח ואופן תשלומם

מועמד שני לביטוח (בן/בת זוג)	מועמד לביטוח
(שנה / חודש / יום)	(שנה / חודש / יום)
תקופת הביטוח _____ שנים או <input type="checkbox"/> הביטוח עד גיל _____	תקופת הביטוח _____ שנים או <input type="checkbox"/> הביטוח עד גיל _____
<input type="checkbox"/> חודשי** <input type="checkbox"/> רבע שנתי <input type="checkbox"/> חצי שנתי <input type="checkbox"/> שנתי	<input type="checkbox"/> חודשי** <input type="checkbox"/> רבע שנתי <input type="checkbox"/> חצי שנתי <input type="checkbox"/> שנתי
<input type="checkbox"/> הוראות קבע <input type="checkbox"/> רגיל (לאופן תשלום שונה מחודשי בלבד)	<input type="checkbox"/> הוראות קבע <input type="checkbox"/> רגיל (לאופן תשלום שונה מחודשי בלבד)

\* תקופת הביטוח לביטוח היסודי למקרה פטירה - עד תום תקופת הביטוח שקבע המבוטח או עד גיל 70, לפי המוקדם מביניהם.  
\*\* באמצעות הוראות קבע בלבד. דמי ביטוח עד 500 ש"ח אפשר גם באמצעות כרטיס אשראי.

### ד. ריסק למקרה פטירה

למועמד שני לביטוח (בן/בת זוג)	למועמד לביטוח
<input type="checkbox"/> אור 1 <input type="checkbox"/> אור 5	<input type="checkbox"/> אור 1 <input type="checkbox"/> אור 5
פרמיה חודשית _____ ש"ח או סכום הביטוח _____ ש"ח	פרמיה חודשית _____ ש"ח או סכום הביטוח _____ ש"ח

### ה. מגדל הכנסה למשפחה

מועמד לביטוח:  מגדל הכנסה למשפחה. (באפשרותך לקבוע סכום ביטוח שונה ותקופת ביטוח שונה לכל אחד מהמוטבים המצוינים שלהלן):

קרבה למבוטח	מס' ת.ז של המוטב	שם פרטי של המוטב	שם משפחה של המוטב	תקופת הביטוח (בשנים)**	סכום התשלום החודשי במקרה מות המבוטח *

מועמד שני לביטוח (בן/בת זוג):  מגדל הכנסה למשפחה. (באפשרותך לקבוע סכום ביטוח שונה ותקופת ביטוח שונה לכל אחד מהמוטבים המצוינים שלהלן):

קרבה למבוטח	מס' ת.ז של המוטב	שם פרטי של המוטב	שם משפחה של המוטב	תקופת הביטוח (בשנים)**	סכום התשלום החודשי במקרה מות המבוטח *

\* סכומי הביטוח צמודים למדד עד מות המבוטח, החל ממועד זה ישולם סכום התשלום החודשי למוטבים כשהוא צמוד לתוצאות ההשקעות במסלול ההשקעות "כללי ו"  
\*\* סיום הביטוח בהתאם לתקופת הביטוח שצוינה לעיל, אך לא יאוחר מגיל 70 של המבוטח

### ו. ביטוחים נוספים וביטוחים עבור מועמד שני לביטוח

ביטוחים נוספים\*

עד גיל	למועמד שני לביטוח	עד גיל	למועמד לביטוח	סוג הביטוח
	סכום הביטוח _____ ש"ח		סכום הביטוח _____ ש"ח	<input type="checkbox"/> מוות מתאונה
	סכום הביטוח _____ ש"ח		סכום הביטוח _____ ש"ח	<input type="checkbox"/> נכות מתאונה
	סכום הביטוח _____ ש"ח		סכום הביטוח _____ ש"ח	<input type="checkbox"/> מוות ונכות מתאונה (כולל ביטול חריג טרור)

### אובדן כושר עבודה בפרמיה משתנה\*

למועמד לביטוח שם התכנית:  שלווה  מגדל כושר  שחרור

סוג התכנית: <input type="checkbox"/> רגיל <input type="checkbox"/> מורחב	תקופת המתנה: <input type="checkbox"/> 3 חודשים (ברירת מחדל) <input type="checkbox"/> 6 חודשים	פיצוי מוגדל: (לא חל על "שחרור") <input type="checkbox"/> 2 חודשים <input type="checkbox"/> 9 חודשים	פיצוי חודשי: (לא חל על "שחרור") <input type="checkbox"/> _____ ש"ח	נספח עוז <input type="checkbox"/>
למועמד שני לביטוח (בן/בת זוג) שם התכנית: <input type="checkbox"/> שלווה <input type="checkbox"/> מגדל כושר <input type="checkbox"/> שחרור	תקופת המתנה: <input type="checkbox"/> 3 חודשים (ברירת מחדל) <input type="checkbox"/> 6 חודשים	פיצוי מוגדל: (לא חל על "שחרור") <input type="checkbox"/> 2 חודשים <input type="checkbox"/> 9 חודשים	פיצוי חודשי: (לא חל על "שחרור") <input type="checkbox"/> _____ ש"ח	נספח עוז <input type="checkbox"/>

\* ביטוחים נוספים עד גיל 65 או עד תום תקופת הביטוח, לפי המוקדם ביניהם. ביטוח נוסף לאי כושר עד גיל 67. ביטוח נוסף למקרה פטירה עד גיל 70.



011516502050210

עמוד מספר 2 מתוך 5 דפים

קוד מסמך 115



**ביטוחים נוספים אחרים**

שם התוכנית	מועמד לביטוח	מועמד שני לביטוח	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____
	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____
	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____

**ז. מוטבים - מועמד לביטוח בחיי המבוטח - המבוטח. במות המבוטח:**

מועמד לביטוח	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	קרבה למוטב	החלק היחסי (%) בתגמולי הביטוח
מועמד שני לביטוח (בן/בת זוג)	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	קרבה למוטב	החלק היחסי (%) בתגמולי הביטוח

**ח. הצהרות המבוטח**

אני הח"מ מבקש להתקבל כמבוטח בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח שנבחרה בהצהרה זו והנני מצהיר כדלקמן:

**הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה ובהצהרת בריאות:** המועמד לביטוח מאשר בהתייחס לתשובות ולמידע שמסר, כי כל התשובות, הפרטים ומידע אחר שמסר במסגרת הצעה זו ו/או במסגרת הצהרת הבריאות הינם נכונים ומלאים. המועמד לביטוח מתחייב כי אם יידרש לכך על ידי החברה, להיבדק בדיקה רפואית על ידי רופאי החברה ותשובות שתימסרנה לרופא החברה תיחשבנה לחלק מההצעה והצהרה זו תחול עליהן. ידוע לו, כי תשובות ומידע זה הינם מהותיים למבטח והם משמשים בסיס לחוזה הביטוח בדמי הביטוח ובתנאי כיסוי כפי שהוצעו ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו וכן לצורך תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות אחרות בקשר עם חוזה הביטוח. כמו כן, אני מתחייב להודיע לחברה אם בעתיד יחול שינוי במי מהנתונים שנמסרו לעיל ו/או שאמסור לחברה לעיל וזאת מיד עם היוודע לי על דבר השינוי.

**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.

**הודעה והסכמה לפי חוק הגנת הפרטיות:** אני מאשר, כי המידע הכלול בהצעה זו וכל מידע נוסף שיימסר ו/או נמסר על ידי לחברה, ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה, וישמר במאגרי מידע של החברה ו/או הקבוצה ו/או אצל מי מטעמה ו/או ישמש את החברה ו/או חברות מהקבוצה כמאגר דיוור ישיר ומטרתו הינה יצירת קשר וטיפול בכל העניינים הקשורים ו/או הנובעים מכל המוצרים שלי בחברה ובקבוצה ו/או הנלווים אליהם, מתן מידע לצורך ניהול וטיפול שוטף בענייני, מתן אפשרות לקבוצה להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים שונים, בין אם מוצרי הקבוצה ובין אם של צדדים שלישיים וכן למטרות עיבודים סטטיסטיים. אני מאשר בזאת לחברה ו/או לקבוצה ו/או מי מטעמה לבצע פילוחים במידע לצורך קיום מטרות אלו. בכל מקרה כאמור, אם לא אהיה מעוניין במידע או פנייה כאמור, אוכל להודיע על כך לקבוצה עם הפניה הראשונה אלי. "הקבוצה", משמעותה, החברות והגופים אשר מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ מחזיקה בהם, בכל עת, במישרין או בעקיפין ב- 50% או יותר.

**העברת מידע בקווי תקשורת:** אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התוכנית ו/או אודותיי באמצעות הטלפון, 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 המידע שהחברה נוקטת והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת. כמו כן אני מאשר שתשלוח לי את הקוד הסודי לצורך שימוש במערכת המידע האישי באתר האינטרנט של קבוצת מגדל בדואר רשום.

**הצהרה בדבר מרכיבי התוכנית והתאמתם למבוטח:** החברה מסרה לי כי תוכניות הביטוח המשווקות על ידיה מעת לעת, לרבות זו שנרכשה על ידינו, מפורסמות באתר האינטרנט של החברה. מרכיבי התוכנית הנרכשת, לרבות הכיסויים הביטוחיים ועלותם וכן החריגים לכיסוי ידועים לי. כן ידוע לי, כי קיימות בחברה תוכניות ביטוח נוספות מסוגים שונים, הנבדלים מהתוכנית הנרכשת בהרכב הכיסוי הביטוחי, בעלותם ובהיקפם, ואני מאשר, כי התוכנית הנרכשת נבחרה לאחר שמצאתי אותה מתאימה לצרכי. כמו כן נמסר לי כי מעת לעת מוציאה החברה תוכניות חדשות וכי ראוי לבדוק ולברר בכל עת בעתיד את המוצר שרכשתי ביחס לאלו שהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התוכנית שרכשתי עשויים להשתנות.

* חתימת המועמד לביטוח	* חתימת המועמד לבעלות בפוליסה
* חתימת המועמד השני לביטוח	תאריך

**ט. הצהרות הסוכן**

* חתימת הסוכן	תאריך

הריני מצהיר בזאת כי שאלתי את בעל הפוליסה ואת המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות למעלה וקיבלתי ממנו/מהם את כל הפרטים והמסמכים שפורטו / צורפו לטופס זה.

תק"ט 425100066 (2/10)





שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מס' פוליסה

הטופס מיועד לנשנים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס **בעט בלבד** ולא בעיפרון

מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
30				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מ <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/>
כתובת מגורים (רחוב)	מס'	יישוב	מיקוד	מס' טלפון	מס' סלולרי
דואר אלקטרוני	מקצוע/עיסוק	גובה (ס"מ)	משקל (ק"ג)		

השאלה / המחלה	כן	לא
ד. מחלות לב וכלי הדם, כגון: התקף לב, אוטם, טרומבוז, אנגינה פקטוריס, לחץ דם גבוה, אי ספיקת לב, הפרעות קצב הלב או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ה. מחלות דרכי עיכול, כגון: אולקוס (כיב קיבה או תריסרון), מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כבד וכיס מרה, חולי או בדיקות הקשורות במחלת הצהבת (מסוג Hepatitis), דם סמוי בצואה או מחלה מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ו. מחלות כליה ודרכי השתן, כגון: מחלות או זיהומים בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ז. מחלות חילוף חומרים, כגון: סוכרת, מחלות בלוטות, מחלות בלוטות המגן, שומנים גבוהים בדם, כולסטרול מעל 220 מ"ג % המופיליה או הפרעות אחרות הקשורות בדם.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ח. מחלות מין ועור, כגון: עגבת, פצע שאינו מתרפא, שניונים בגודל וצורה של נקודת חן, יבלת, מלנומה או סרטן עור.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ט. חולי או הדבקות הקשורות באיידס (תסמונת הכשל החיסוני) או האם אתה נושא נוגדנים של איידס.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
י. כאבי גב, מחלות פרקים ועצמות, כגון: דלקות פרקים, ראומטיזם, ארטריטיס, או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
יא. האם אי פעם נדחתה או נתקבלה בתנאים מיוחדים הצעתך לביטוח חיים או בריאות בחברת ביטוח כלשהי?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
יב. האם אתה מקבל תרופות? נא פרט מטה:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

שם התרופה	המינון

השאלה / המחלה	כן	לא
1. עישון: אני מעשן _____ סיגריות ליום, החל משנת _____ בעבר עישנתי _____ סיגריות ליום, החל משנת _____ ועד שנת _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אלכוהול: אני צורך/צרכת יותר מליטר אלכוהול בשבוע החל משנת _____ ועד שנת _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
סמים: אני צורך/צרכת סמים. מזה _____ שנים שאיני צורך סמים. ציין את סוג הסמים, מתי ובמשך איזו תקופה (חודש/שנה): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. האם אתה בריא כעת, מסוגל לעבוד בעבודתך במשרה מלאה והאם היית בריא ומסוגל לעבוד ב-12 החודשים האחרונים לפני מילוי הצהרה זו?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. האם ייעצו לך לעבור ניתוח או אושפזת בבית חולים ב-10 השנים האחרונות? האם עברת אי פעם ניתוח?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי, מקבל טיפול רפואי, האם נפצעת בתאונה או עברת בדיקות ב-3 החודשים האחרונים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. האם נעדרת מהעבודה בשל מחלה למעלה מחודש ב-5 השנים האחרונות?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. האם אתה סובל או סבלת בעבר מאחת מן המחלות / הפרעות שלהלן: א. סרטן, גידול, נוש או ממאירות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ב. מחלות העצבים והחושיים, כגון: שיתוקים, סחרחורות והתלפזיות, אפילפסיה, כאבי ראש כרוניים (מיגרנות), הפרעות תנועה או תחושה, הפרעה בראיה או בשמיעה, דיכאון או מחלות נפשיות.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ג. מחלות דרכי הנשימה והריאה, כגון: אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, יריקת דם, שיעול ממושך, אמפיזמה, מחלת קרום הריאה או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

מספר שאלה	המחלה/הפרעה/ הבדיקה/הפציעה/הנכות	מתי החלה (חודש ושנה)	מתי הסתיימה (חודש ושנה)	האם החלמת/האם ממציא הבדיקה תקינים	איזה טיפול קיבלת ומתי (חודש ושנה)	האם היית מאושפז ומתי (חודש ושנה)	אם הסתיימה, האם חזרה מספר פעמים	האם נקבעו אחוזי נכות

המוסד הרפואי המטפל	שם קופת החולים	שם הסניף	שם הרופא המטפל	כתובת הרופא או הסניף
<input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית				

**הצהרות:**  
אני הח"מ, ומשפחתי אם נכללה בהצעת הביטוח, מצהיר/ים בזה שכל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. אני מתחייב אם אדרש לכך על ידי החברה להיבדק בדיקה רפואית על ידי רופא החברה והתשובות שתמסרנה על ידי לרופאי החברה תיחשבו כחלק מהצעתנו. ידוע לי שהביטוח נכנס לתוקפו, רק לאחר שהחברה הודיעה על תנאי קבלה רגילים, או במקרה והחברה הודיעה על תנאי קבלה מיוחדים, רק לאחר הסכמתי להם, ובתנאי נוסף שמיים הבדיקה או מיום החתימה על הצהרת הבריאות ועד ליום שבו החליטה החברה על הסכמתה לעריכת הפוליסה לא חל שינוי במצב בריאותי, באורח חיי ובעיסוקי. ידוע לי כי הצהרת הבריאות והצהרת המבוטח ונכונותן הן תנאי לחבות המבטח.

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ ושם משפחה \_\_\_\_\_ מספר הזהות \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לביטוח ★ \_\_\_\_\_

**יתור על סודיות רפואית:** אני הח"מ, בשמי ובשם ילדי, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאפטרופוס/ית טבעית/שלהם, נותנים בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדי הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיהם הרפואיים ו/או לספינה, וכן, כל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, המוסד לביטוח לאומי, לחברות הביטוח, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון למסור ל"מגדל חברה לביטוח בע"מ", ו/או ל"מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ", להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש" על מצב בריאותו ו/או על כל מחלה שחליתו/נו בה בעבר ו/או שהנינו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד, והנינו משחררים אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיהם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותנו ו/או מחלותינו כ"ל, ומוותרים על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי/נו אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לניל. כתב יותר זה מחייב אותי/נו, את עזבוני/נו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו, וכן הנינו מייפיהם את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותנו.

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ ושם משפחה \_\_\_\_\_ מספר הזהות \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לביטוח ★ \_\_\_\_\_





טוב שיש מגדל מאחוריך  
מגדל חברה לביטוח בע"מ

# הוראה לחיוב חשבון - ביטוח חיים, בריאות

טופס מספר 5

לכבוד

שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מס' פוליסה

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

שם הבנק	מס' סניף	מס' בנק	כתובת הסניף (רחוב)	מס' הבית	יישוב	מיקוד
מספר חשבון בנק		סוג חשבון	קוד מוסד	אסמכתא / מס' מזהה של הלקוח בחברה		
			<b>00602</b>			

אני/הח"מ (בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק):

מס' ת.ז. / ח.פ.	שם משפחה / שם חברה	שם פרטי	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	יישוב	מיקוד
-----------------	--------------------	---------	---------------------	---------	-------	-------

- נתונים/לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסיפכם, בגין פרמיית ביטוח חיים או בריאות בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות, ע"י **מגדל חברה לביטוח בע"מ**, כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".
- ידוע לי/לנו כי:
  - הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ול**מגדל חברה לביטוח בע"מ** שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן הודעה בבנק וכן, ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.
  - אחיה/נהיה ראש/ים לבטל מראש חיוב מסויים ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
  - אחיה/נהיה ראש/ים לבטל חיוב לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח בבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנכתבו בכתב ההרשמה, אם נקבעו.
- ידוע לי/לנו כי הפרטים שציינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/ינו להסדיר עם המוטב.
- ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב עפ"י ההרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תישלח לי/לנו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
- הבנק ראשי להוציאני/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.
- נא לאשר ל**מגדל חברה לביטוח בע"מ** בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

## פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ ע"פ תנאי הפוליסה/ות ותוספותיה/הן.

חתימת בעלי החשבון ★	תאריך
---------------------	-------

אישור הבנק לכבוד **מגדל חברה לביטוח בע"מ** ת.ד. 20310 ת"א 61202

קיבלנו הוראות מ- [ ] לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתצונו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/נכם 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 ו/או אחרת לביצועו, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצאו/בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידיכם.

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד מוסד	אסמכתא / מס' מזהה של הלקוח בחברה
		סניף	<b>00602</b>	
תאריך	בנק וסניף	חתימה וחותמת הסניף		

## תשלום בכרטיס אשראי בהוראת קבע

(לא ניתן לשלם באמצעות כרטיס אשראי החזרי הלואה)

בעל כרטיס אשראי:		אני/מרגברת:		
מספר הכרטיס	בתוקף עד	שם פרטי	שם משפחה	מס' תעודת זהות

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסות ביטוח חיים/בריאות. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם האילו וניתנה על ידי הרשאה ל**מגדל חברה לביטוח בע"מ** להעביר לחברת כרטיסי האשראי חייבים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי. הגני 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 בעלי החשבון ★	תאריך
---------------------	-------



0111200505050210

עמוד מספר 5 מתוך 5 דפים

קוד מספר 112

תק"ט 425100066 (2/10)