



שם בעל הרשיון הפנסיוני	מספרו
שם המפקח	מס' פוליסה

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

הצעה לביטוח מנהלים

טופס מספר 183

אני/ו החתומים מטה, המועמד לביטוח ו/או המעביד פונים בזה אל מגדל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן סוג קופה:

(1) מגדלור למחר 2010 קופה משלמת לקצבה

(2) מגדלור לחיים 2009 קופה משלמת לקצבה

(3) מגדל בטוח 2009 קופה משלמת לקצבה ("פוליסות מסוג קופה משלמת")

(4) מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת לקצבה ("פוליסה מסוג קופה לא משלמת")

במסגרת הצעה זו ניתן לשלב בין שני סוגי הפוליסות: פוליסה מסוג קופה לא משלמת ועוד עד שתי פוליסות מסוג קופה משלמת ובהתאם יש למלא את הפרטים המתייחסים לסוג הפוליסה הנבחר.

א. פרטי המועמדים לביטוח ("המבוטח" / "העובד")									
מספר תעודת זהות		שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		מין	
								<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג	
כתובת מגורים (רחוב)		מס'		יישוב		מיקוד		מס' טלפון	
דואר אלקטרוני		מקצוע		עיסוק					
הרגלי עישון					עיסוקים/תחביבים/אורח חיים עם סיכון מיוחד (פרט וצרף שאלון מיוחד)				
<input type="checkbox"/> איני מעשן ולא עישנתי בעבר <input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום, החל משנת _____ <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר _____ סיגריות ליום, החל משנת _____ ועד שנת _____									

ב. פרטי המעביד									
מספר ת.ז. / ח"פ / ח"צ		שם המעביד		מס' מפעל		מס' טלפון		מס' פקס	
כתובת (רחוב)		מס'		יישוב		מיקוד		דואר אלקטרוני	

ג. סוג הצטרפות

יש לסמן בהתאם לסוג הצטרפות המבוקש. לא ניתן לבצע העברות חד פעמיות מקופת גמל אחרת לפוליסה "מגדלור למחר 2010 קופה משלמת".

הפקדות שוטפות הפקדה חד-פעמית ע"י העברה מקופת גמל אחרת הפקדה חד-פעמית ע"י העברה מקופת גמל אחרת והפקדות שוטפות במידה ומבקשים להפקיד הפקדה חד-פעמית מקופת גמל אחרת, יש למלא את הפרטים בסעיף יא' להלן.

ד. פרטים בדבר מועדים		
תאריך התחלת עבודה אצל המעביד	יום התחלת הביטוח המבוקש (שנה/חודש/יום)	גיל תום תקופת הביטוח*

יש לקבוע גיל תום תקופה בין 60-67.

***בהעדר סימון, תום תקופת הביטוח יהיה גיל 67.** "גיל" - כהגדרתו בתנאי הפוליסה.

ה. חלוקת השכר וההפרשות בין פוליסות הביטוח

בשילוב של מספר פוליסות, יש לקבוע לגבי כל פוליסה שנבחרה, את סכום השכר ההתחלתי שיופנה לפוליסה וכן את מרכיבי הפוליסה (תגמולים/פיצויים) וכן את מסלולי ההשקעה. נבחר שילוב בין שני סוגי פוליסות, במקרה של שינויים עתידיים בדמי הביטוח כפי שנקבעו בהצעה זו, יקבע יחס חלוקת דמי הביטוח בין סוגי הפוליסות ששולבו, בהתאם לאופן הגביה שנבחר לכ"א מסוגי הפוליסות, כדלקמן:

- נקבע לשני סוגי הפוליסות אופן גביה לפי תקבול מהמעביד - לפי יחס דמי הביטוח לסוגי הפוליסות השונים כפי שנקבע בהצעה.
- נקבע לשני סוגי הפוליסות אופן גביה יזום (צמוד מדד, צמוד תוספת יוקר עם תקרה, צמוד תוספת יוקר ללא תקרה) - לפי סוג ההצמדה שנקבע בהצעה.
- נקבע לסוג פוליסה אחד אופן גביה לפי תקבול מהמעביד ולסוג הפוליסה האחר אופן גביה אחר - השינוי בדמי הביטוח יופנה ראשית לפוליסות בהן אופן הגביה איננו לפי תקבול מהמעביד בהתאם לסוג ההצמדה שנקבע בהצעה, ויתרת השינוי בדמי הביטוח תופנה לסוג הפוליסה לגביה נקבע אופן גביה לפי תקבול מהמעביד.



0111518301080210

עמוד מספר 1 מתוך 8 דפים

קוד מסמך 115

1. פוליסות מסוג קופה משלמת (ניתן לשלב עד שתי פוליסות מסוג זה)

1. פרטים בדבר חלוקת השכר והפרשות:

בשילוב בין שתי פוליסות מאותו סוג, במקרה של שינויים עתידיים בדמי הביטוח, יקבע יחס חלוקת דמי הביטוח בין הפוליסות מסוג קופה משלמת ששולבו כאמור, לפי יחס דמי הביטוח לפוליסות השונות כפי שנקבע בהצעה.

עלות הכיסוי הביטוחי מתחלקת בין הפוליסות מאותו סוג שנרכשו, באופן יחסי למשכורת בכל אחת מהפוליסות.

על-פי תקנה 19 לתקנות מס הכנסה (כללים לאישור וניהול קופות גמל) תשכ"ד - 1964, בכל מקרה של הפרשה לפיצויים בקופת גמל משלמת לקצבה, חייבת להיות הפרשה למרכיב התגמולים בקופת גמל משלמת לקצבה, בגובה השכר המתאים, על-פי התקנות, חלק מעביד וחלק עובד בתגמולים חייב להיות בתכנית ביטוח אחת, לפי השכר המבוטח בכל פוליסת ביטוח.

מבוטח שבחר בפוליסת מגדל בטוח 2009 מאשר כי ידוע לו שהזכות לקבלת ההטבות כקבוע בתנאי פוליסה זו איננה חלה על הפקדות חד-פעמיות, למעט הפקדות חד-פעמיות שהחברה הסכימה לקבלן ושולמו לחברה תוך 90 יום מיום תחילת הביטוח, וכן מותנית בין היתר, בכך שתקופת תוקפה של הפוליסה עלתה על 240 חודשים מלאים ובמילוי תנאים נוספים כקבוע בתנאי הפוליסה.

שם הפוליסה	שכר הפוליסה	מרכיב הפיצויים (%)	מרכיב תגמולי מעביד (%)	מרכיב תגמולי עובד (%)	הפרשות נוספות לאובדן כושר עבודה (%)		דמי ניהול מהחיסכון המצטבר
					ע"ח מעביד	ע"ח עובד	
<input type="checkbox"/> קופה משלמת למחר 2010		%	%	%	טו	%	
<input type="checkbox"/> קופה משלמת למחר 2009		%	%	%	טו	%	
<input type="checkbox"/> קופה משלמת למחר 2009		%	%	%	טו	%	

* במידה והפרשות הן בהתאם לצו הרחבה יש לסמן:

שעור הפרשות משנתה בהתאם לצו הרחבה לביטוח פנסיוני מקיף במשק לפי חוק הסכמים קיבוציים, התשי"ז - 1957 כפי שידוע במועד ההצעה.

אופן הגביה שיחול על כל הפוליסות מסוג קופה משלמת (לא ניתן לפצל בין שני סוגי הפוליסות לגבי אופן הגביה וסוג הגביה שיבחר יחול לגבי כל הפוליסות מסוג קופה משלמת):

<input type="checkbox"/> לפי תקבול מהמעביד	<input type="checkbox"/> צמוד למדד	<input type="checkbox"/> צמוד לתוספת יוקר עם תקרה	<input type="checkbox"/> צמוד לתוספת יוקר ללא תקרה
--	------------------------------------	---	--

2. בחירת מסלולי השקעה בפוליסות מסוג קופה משלמת (לא חל על פוליסת "מגדל בטוח 2009")

בפוליסת מגדל למחר 2010 קופה משלמת ומגדל לחיים 2009 קופה משלמת, ניתן לבחור לכל היותר בשני מסלולי ההשקעה בגין ההפקדה לחיסכון. האחד בעבור מרכיב הפיצויים והשני בעבור מרכיב התגמולים.

להלן בחירתי:

בהעדר סימון יושקע מרכיב הפיצויים או מרכיב התגמולים, לפי העניין, במסלול השקעה כללי 1 - מסלול השקעת ברירת המחדל. מסלול זה הינו מסלול המנוהל על-פי שיקול דעת החברה בכפוף לתנאים כקבוע בהסדר התחיקתי.

אם בחר העובד להשקיע את מרכיב הפיצויים במסלול שאינו מסלול השקעה כללי 1, נדרשת הסכמה בכתב של המעסיק כמפורט בסעיף "ההצעה" זו.

פוליסת מגדל לחיים 2009 קופה משלמת				פוליסת מגדל למחר 2010 קופה משלמת			
קוד מסלול (לשימוש פנימי)	שם מסלול ההשקעה	מרכיב תגמולים	מרכיב פיצויים	קוד מסלול (לשימוש פנימי)	שם מסלול ההשקעה	מרכיב תגמולים	מרכיב פיצויים
73	מסלול השקעה כללי 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72	מסלול השקעה כללי 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123	אג"ח ופיקדונות (מינימום 80%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	113	אג"ח ופיקדונות (מינימום 80%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
124	אג"ח ופיקדונות (מינימום 65%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	114	אג"ח ופיקדונות (מינימום 65%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
125	מט"ח (מינימום 50%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	115	מט"ח (מינימום 50%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
126	כללי 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	116	כללי 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
127	כללי 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	117	כללי 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
128	מנייתי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	118	מנייתי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
129	צמוד דולר	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	119	צמוד דולר	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130	מט"ח (מינימום 70%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120	מט"ח (מינימום 70%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
131	אג"ח ופיקדונות 100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	121	אג"ח ופיקדונות 100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	מעגל החיים*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		מעגל החיים*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

על מנת להצטרף למסלול ההשקעות מעגל החיים, יש למלא טופס נפרד המהווה חלק בלתי נפרד מהצעה זו.



0111518302080210

עמוד מספר 2 מתוך 8 דפים

קוד מסמך 115

3. כיסויים ביטוחיים שירכשו בפוליסות מסוג קופה משלמת:

עלות הכיסויים הביטוחיים מתוך מרכיב התגמולים בפוליסות מסוג קופה משלמת לא תעלה בכל עת על 35% מדמי הביטוח החודשיים לאחר ניכוי דמי ניהול מדמי הביטוח המיוחסים למרכיב התגמולים, ובכפוף להסדר התחיקתי ("התקרה").

לידיעתך - אם בחודש מסוים עלות הכיסויים הביטוחיים בפוליסות מסוג קופה משלמת עלתה על התקרה, יוקטנו הכיסויים הביטוחיים כדלקמן: תחילה יקטן הכיסוי למקרה מוות, לאחר מכן יקטן הכיסוי הביטוחי לפיצוי בגין אובדן כושר עבודה, ולאחר מכן יבטל הכיסוי לשחרור.

אם שולבו במסגרת הצעה זו שתי פוליסות מסוג קופה משלמת, והכיסויים הביטוחיים למקרה מוות ולאי כושר עבודה נרכשו מתוך הפרשות לתגמולים, עלות רכישת הכיסויים תיוחס פרופורציונאלית למרכיב התגמולים בכ"א מהפוליסות ששולבו כאמור, לפי שיעור היחס של כל אחד מהם לכלל מרכיב התגמולים בפוליסות מסוג קופה משלמת.

4. תוכניות ביטוח של הכיסויים הביטוחיים בפוליסות מסוג קופה משלמת מתוך התקציב

סמן את סוגי התוכניות המבוקשות, לכל סוג תוכנית שנבחרה השלם את הפרטים הנדרשים.

אור 1 - ביטוח למקרה פטירה בדמי ביטוח משתנים מדי שנה - רשום את סכום הביטוח בסכומים או בכפולות ש"ח, ובחר באחת מבין האפשרויות שלהלן:

<input type="checkbox"/> לא כולל החיסכון המצטבר (ח)	<input type="checkbox"/> לא כולל החיסכון המצטבר (ז)
<input type="checkbox"/> כולל החיסכון המצטבר (ט)	<input type="checkbox"/> כולל החיסכון המצטבר (ז) ש"ח

אבדן כושר עבודה בדמי ביטוח משתנים

שם התוכנית: שלווה מגדל כושר שחרור

<p>סוג התוכנית:</p> <p><input type="checkbox"/> רגיל</p> <p><input type="checkbox"/> מורחב</p>	<p>תקופת המתנה:</p> <p><input type="checkbox"/> 3 חודשים (ברירת מחדל)</p> <p><input type="checkbox"/> 6 חודשים</p>	<p>פיצוי מוגדל: <input type="checkbox"/></p> <p>(לא רלוונטי אם נקנה "שחרור")</p> <p><input type="checkbox"/> 2 חודשים</p> <p><input type="checkbox"/> 9 חודשים</p>	<p>נספח עז <input type="checkbox"/></p>	<p>פיצוי חודשי: (לא רלוונטי אם נקנה "שחרור")</p> <p>ש"ח <input type="checkbox"/></p> <p>או <input type="checkbox"/></p> <p>% מהשכר המבוטח</p>
--	--	--	---	---

ז. פוליסה מסוג קופה לא משלמת

1. פרטים בדבר חלוקת השכר וההפרשות:

שם הפוליסה	שכר לפוליסה	מרכיב הפיצויים * (%)	מרכיב תגמולי מעביד * (%)	מרכיב תגמולי עובד * (%)	הפרשות נוספות לאובדן כושר עבודה (%)	
					ע"ח מעביד	ע"ח עובד
<input type="checkbox"/> מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת		%	%	%	עד %	%

* במידה והפרשות הינן בהתאם לצו הרחבה יש לסמן:

שעור ההפרשות משתנה בהתאם לצו הרחבה לביטוח פנסיוני מקיף במשק לפי חוק הסכמים קיבוציים, התשי"ז - 1957 כפי שידוע במועד ההצעה.

אופן הגביה

לפי תקבול מהמעביד צמוד למדד צמוד לתוספת יוקר עם תקרה צמוד לתוספת יוקר ללא תקרה

2. בחירת מסלולי השקעה בפוליסת מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת

ניתן לבחור לכל היותר בשני מסלולי ההשקעה בגין ההפקדה לחיסכון. האחד בעבור מרכיב הפיצויים, והשני בעבור מרכיב התגמולים.

להלן בחירתך:

בהעדר סימון יושקע מרכיב הפיצויים או מרכיב התגמולים, לפי העניין, במסלול השקעה כללי 1 - מסלול השקעת ברירת המחדל. מסלול זה הינו מסלול המנוהל על-פי שיקול דעת החברה בכפוף לתנאים כקבוע בהסדר התחיקתי.

אם בחר העובד להשקיע את מרכיב הפיצויים במסלול שאינו מסלול השקעה כללי 1, נדרשת הסכמה בכתב של המעסיק כמפורט בסעיף י' להצעה זו.

פוליסת מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת - מסלולי השקעה

מרכיב פיצויים	מרכיב תגמולים	שם מסלול ההשקעה	קוד מסלול (לשימוש פנימי)	מרכיב פיצויים	מרכיב תגמולים	שם מסלול ההשקעה	קוד מסלול (לשימוש פנימי)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מסלול השקעה כללי 1	230	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מנייתי	248
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אג"ח ופיקדונות (מינימום 80%)	243	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	צמוד דולר	249
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אג"ח ופיקדונות (מינימום 65%)	244	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מט"ח (מינימום 70%)	240
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מט"ח (מינימום 50%)	245	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אג"ח ופיקדונות 100%	231
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כללי 2	246	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מעגל החיים*	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כללי 3	247				

* על מנת להצטרף למסלול ההשקעות מעגל החיים, יש למלא טופס נפרד המהווה חלק בלתי נפרד מהצעה זו.



0111518303080210



3. כיסויים ביטוחיים בפוליסת מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת:

עלות הכיסויים הביטוחיים מתוך מרכיב התגמולים בפוליסות מסוג קופה לא משלמת, לא תעלה בכל עת על 35% מדמי הביטוח החודשיים לאחר ניכוי דמי ניהול מדמי הביטוח המיוחסים למרכיב התגמולים ובכפוף להסדר התחיקתי ("התקרה").

לידיעתך - אם בחודש מסוים עלות הכיסויים הביטוחיים בפוליסות מסוג קופה לא משלמת עלתה על התקרה, יוקטנו הכיסויים הביטוחיים כדלקמן: תחילה יקטן הכיסוי למקרה מוות, לאחר מכן יקטן הכיסוי הביטוחי לפיציני בגין אובדן כושר עבודה, ולאחר מכן יבוטל הכיסוי לשחרור.

4. תוכניות ביטוח של הכיסויים הביטוחיים בפוליסת מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת שירכשו מתוך התקציב

סמן את סוגי התוכניות המבוקשות, לכל סוג תוכנית שנבחרה השלם את הפרטים הנדרשים.

אור 1 - ביטוח למקרה פטירה בדמי ביטוח משתנים מדי שנה - רשום את סכום הביטוח בסכומים או בכפולות ש"ח, ובחר באחת מבין האפשרויות שלהלן:

<input type="checkbox"/> לא כולל החיסכון המצטבר (ח) <input type="checkbox"/> כולל החיסכון המצטבר (ט)	<input type="checkbox"/> לא כולל החיסכון המצטבר (ו) <input type="checkbox"/> כולל החיסכון המצטבר (ז)	ש"ח
---	---	-----

אבדן כושר עבודה בדמי ביטוח משתנים

שם התוכנית: שלוה מגדל כושר שחרור

סוג התוכנית: <input type="checkbox"/> רגיל <input type="checkbox"/> מורחב	תקופת המתנה: <input type="checkbox"/> 3 חודשים (ברירת מחדל) <input type="checkbox"/> 6 חודשים	פיצוי מוגדל: <input type="checkbox"/> (לא רלוונטי אם נקנה "שחרור") <input type="checkbox"/> 2 חודשים <input type="checkbox"/> 9 חודשים	נספח עזר <input type="checkbox"/>	פיצוי חודשי: (לא רלוונטי אם נקנה "שחרור") ש"ח <input type="text"/> או <input type="checkbox"/> % מהשכר המבוטח
--	--	--	--	---

ה. כיסויים ביטוחיים נוספים שלא מתוך הפרשות בפוליסה נפרדת ואמצעי גביה נוספים

מטריה ביטוחית פלוס

(ההצטרפות לתוכנית זו אפשרית רק למבוטחים שהינם עמיתים בקרן פנסיה בישראל). הכיסויים לפי פוליסת מטריה פלוס חלים ובתוקף כל עוד המועמד לביטוח הינו עמית בקרן פנסיה, ודמי הביטוח משולמים כסדרם.

פרטי קרן הפנסיה	כיסוי הביטוח (יש לסמן את פרקי הביטוח אותם הינך מבקש לרכוש)
שם קרן הפנסיה	<input type="checkbox"/> מגדל כושר מורחב. אם נרכש כיסוי זה, חובה לרכוש גם כיסוי לתשלום פנסיות נכות מקצועית - (תעריף 767)
השכר החודשי המבוטח	<input type="checkbox"/> כיסוי פנסית נכות ושחרור עקב נכות בתקופת האכשרה בקרן - (תעריף 905)
בקרן הפנסיה	<input type="checkbox"/> כיסוי לתשלום פנסית נכות מקצועית - (תעריף 906)
קצבת הנכות בקרן הפנסיה	<input type="checkbox"/> פרנציזה - (תעריף 907)
קצבת שאירים	<input type="checkbox"/> עזר משלים - (תעריף 806)
בקרן הפנסיה	<input type="checkbox"/> כיסוי בגין נכות שנגרמה כתוצאה מתאונת עבודה - (תעריף 908)
דמי התגמולים החודשיים לקרן	<input type="checkbox"/> כיסוי קצבת שאירים עקב מוות בתקופת האכשרה בקרן - (תעריף 909)

כיסויים ביטוחיים נוספים

שם התוכנית	סכום הביטוח	זהות משלם
		<input type="checkbox"/> ע"ח מעביד <input type="checkbox"/> ע"ח עובד
		<input type="checkbox"/> ע"ח מעביד <input type="checkbox"/> ע"ח עובד
		<input type="checkbox"/> ע"ח מעביד <input type="checkbox"/> ע"ח עובד

- פוליסה פרטית בבעלות המעביד או בבעלות העובד, לפי זהות המשלם את עלות הכיסויים הנוספים.
- ע"ח עובד - יש לצרף הוראת קבע או פרטי כרטיס אשראי של העובד. ע"ח מעביד - יש לצרף הוראת קבע של המעביד.

ט. מינוי מוטבים (מינוי מוטבים יחול לגבי כל הפוליסות ששולבו בהצעה זו)

בחיי המבוטח - המבוטח. במקרה פטירה:

מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	קרבה למוטב	החלק היחסי (%) בתגמולי הביטוח

במקרה של פטירת המבוטח לפני תום תקופת הביטוח או התחלת תשלומי הקצבה ובעודו מועסק אצל המעביד - סכום השווה לסכום החיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים בהתאם לתנאי הפוליסה ישולם לשאירים כהגדרתם בחוק פיצוי פיטורים וההפרש, אם קיים, בין הסכום המגיע במוטב לביטוח השווה לחיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים ישולם למוטבים.



011518304080210

1. פרטים נוספים לחילוי על ידי המעביד

1.1. שליטה בכספים שהופקדו למרכיב הפיצויים (חובה לסמן אחת מהאפשרויות להלן):

1.1. הסכם לפי סעיף 14	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	קיים בין העובד והמעביד הסכם עבודה שחל עליו סעיף 14 לחוק פיצוי פיטורין התשכ"ג - 1963. לתשומת לב בפוליסות אשר בהן מופקדים כל כספי הפיצויים בכפוף לצו ההרחבה להסכם קיבוצי כללי לביטוח פנסיוני מקיף במשק, יחול סעיף 14 לחוק פיצוי פיטורים מתוקף הצו.
1.2. ויתור אוטומטי	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	המעביד מאשר, שהעובד יהיה זכאי למרכיב הפיצויים בכל מקרה, והוא מוותר בזאת ויתור בלתי מותנה על השליטה בכספי מרכיב הפיצויים והוא נתן בזאת הוראות בלתי חוזרות לחברה לשלם את מרכיב הפיצויים למבוטח.
1.3. זכאות בלא תנאי	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<p>לעובד זכאות בלא תנאי לעניין משיכה ממרכיב הפיצויים.</p> <p>המעביד מאשר כי העובד יהיה זכאי למשוך את כספי הפיצויים ללא תנאי החל ביום _____ או בתום שלוש שנות עבודה של העובד אצל המעביד ממועד תחילת העבודה הנקוב לעיל, המוקדם מבין המועדים הנ"ל.</p> <p>המעביד מאשר כי זכותו של העובד ליתרת הכספים בפוליסת הביטוח לרבות מרכיב הפיצויים כאמור לעיל הינה הוראה בלתי חוזרת למבטח לפעול בהתאם לקבוע לעיל בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, והיא איננה ניתנת לביטול או לשינוי. זכאותו של העובד כאמור לעיל לא תחול אם התקיימו התנאים המצדיקים פיטורים בלא פיצויים בהתאם לסעיפים 16 או 17 לחוק פיצוי פיטורים התשכ"ג - 1963.</p> <p>לידיעת המעביד, במקרה של זכאות בלא תנאי קיימת נוסחה שונה לחישוב החיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים להבדיל ממרכיב התגמולים, העשויה לצמצם את הסכומים הנדרשים לצורך השלמת פיצויי הפיטורים בעת סיום עבודתו של העובד.</p>

2. הוראות לענין בחירת מסלולי ההשקעה של מרכיב הפיצויים

אין צורך בהסכמת המעביד אם צוינה בהצעה החלופה כי קיים הסכם לפי סעיף 14 או סעיף ויתור אוטומטי על מרכיב הפיצויים או זכאות ללא תנאי, החל מהמועד שבו התגבשה הזכות לזכאות בלא תנאי.

הנני מאשר כי העובד יקבע את מסלול ההשקעה למרכיב הפיצויים ללא צורך בהסכמת המעביד בכל אחד מסוגי הפוליסות שנבחרו על-ידי העובד.

בחר המבוטח במסלול השקעות שאינו מסלול השקעה כללי (מסלול השקעת ברירת המחולל) נדרשת הסכמה בכתב של המעביד להשקעתם במסלול שנבחר על-ידי המבוטח.

הנני מסכים להפקדת מרכיב הפיצויים בכל אחד מסוגי הפוליסות במסלול השקעות הבא אשר נבחר ע"י העובד כאמור לעיל:

שם הפוליסה	מסלול ההשקעה
מגדלור למחר 2010 קופה משלמת	
מגדלור לחיים 2009 קופה משלמת	
מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת	

העדר סימון משמעו כי ניהול מרכיב הפיצויים בכל אחת מהפוליסות יעשה במסלול השקעה כללי 1. מסלול זה הינו מסלול המנוהל על-פי שיקול דעת החברה בכפוף לתנאים קבועים בהסדר התחיקתי.

3. הוראות לענין רכישת כיסוי ביטוחי שלא מתוך ההפרשות

אני מסכים כי יירכשו הכיסויים הביטוחיים הנוספים המפורטים בסעיף ח' לעיל, וזאת על חשבון המעביד בלבד.

4. התחייבויות והצהרות המעביד והמועמד לביטוח (העובד)

בחתימתו על ההצעה מסכים המעביד לתנאי פוליסות הביטוח כפי שנבחרו בהצעה זו ככל שהם נוגעים אליו, והוא מתחייב לשלם את דמי הביטוח כמפורט בהצעה ובדף פרטי הביטוח ולהעבירם לחברה במועדים קבועים בהסדר התחיקתי.

המעביד מאשר כי החתומים מטה מוסמכים לחתום בשמו, וכי חתימתם על טופס הצעה זה מחייבת אותו לכל דבר ועניין.

זכויות המעביד כחווה לטובת אדם שלישי - ידוע למועמד לביטוח (העובד) כי הוראות הפוליסה המעניקות למעביד זכויות יראו אותן כחווה לטובת אדם שלישי המקנות למעביד זכות לדרוש את קיום חיובי החברה לפיהן.

המעביד והעובד מצהירים כי כל הפרטים וכל הנתונים הנזכרים לעיל הינם נכונים ומלאים, והם מתחייבים למסור לחברה פרטים בכל מקרה של שינוי בפרטים או בנתונים כאמור.

<input type="checkbox"/> תחייב המועמד לביטוח (העובד)	<input type="checkbox"/> תאריך
<input type="checkbox"/> תחייב וחותמת המעביד	<input type="checkbox"/> תאריך <input type="checkbox"/> שם פרטי ומשפחה <input type="checkbox"/> תפקיד

1א. פרטים ראשוניים במקרה בו המבוטח מבקש להעביר כספים מקופת גמל אחרת לפוליסות אותן הוא מבקש לרכוש במסגרת הצעה זו

1. פרטי הקופה המעבירה	
שם הגוף המנהל של הקופה המעבירה	שם הקופה המעבירה
מספר אישור מ"ה	
סטטוס העמית בקופה המעבירה	סוג הקופה המעבירה
<input type="checkbox"/> עמית פעיל <input type="checkbox"/> עמית לא פעיל	<input type="checkbox"/> קופת גמל משלמת לקצבה <input type="checkbox"/> קופת גמל לא משלמת לקצבה <input type="checkbox"/> קופה לפיצויים ולתגמולים בגין כספים שנצברו עד 31.12.2007
מעמד העמית בקופה המעבירה	
<input type="checkbox"/> עמית שכיר <input type="checkbox"/> עמית עצמאי	



0111518305080210

עמוד מספר 5 מתוך 8 דפים

קוד מסמך 115



2. פוליסת הביטוח אליה מבקש המועמד לביטוח להעביר את הכספים			
שם הקופה	סוג העברה		סמן אם כן
	העברת צבירה*	הפקדות שוטפות (בנוסף להעברה)	
	סמן אם כן	אחוז צבירה	סמן אם כן
<input type="checkbox"/> מגדלור לחיים 2009 קופה משלמת	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מגדל בטוח 2009 קופה משלמת מנהלים	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

* במידה ובחרת יותר מפוליסה אחת, יש לציין את האחוז מתוך הצבירה אותו הינך מבקש להעביר לקופה הרלוונטית. לא ניתן לבצע העברות חד-פעמיות מקופת גמל אחרת לפוליסה "מגדלור למחר 2010 קופה משלמת".

י.ב. הצהרות המועמד לביטוח

אני הח"מ מבקש להתקבל כמבוטח בהתאם לתנאי פוליסות הביטוח שנבחרו בהצהרה זו, והנני מצהיר כדלקמן:

הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצהרה 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 רופא החברה ותשובות שתימסרנה לרופא החברה תיחשבנה כחלק 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, ויהו חלק בלתי נפרד הימנו 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 או על-ידי המעביד לחברה, ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה, וישמור במאגרי מידע של החברה ו/או הקבוצה ו/או אצל מי מטעמי, אני מסכים כי המידע כאמור ישמש את החברה ו/או הקבוצה ו/או מי מטעמן לצורך קיום חובות על-פי כל דין, ניהול קשרי לקוחות, שירות לקוחות, כמאגר דיוור ישיר ליצירת קשר וטיפול בכל העניינים הקשורים ו/או הנובעים מכל המוצרים שלי בחברה ובקבוצה ו/או הנלווים אליהן ו/או למשלוח מידע אודות השירותים ו/או מוצרי הביטוח ו/או הפיננסים שלי בחברה ו/או בקבוצה ו/או הנלווים אליהן ו/או משלוח מידע פרסומי בכתב על מוצרים ושירותים שונים של החברה ו/או הקבוצה ו/או מי מטעמן ו/או צדדים שלישיים, ניתוח והפקת מידע עסקי, כלכלי או סטטיסטי של החברה ו/או הקבוצה. "הקבוצה", משמעותה, החברות והגופים אשר מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ מחזיקה, בכל עת, בו, במישרין או בעקיפין ב- 50% או יותר מהון המניות. במידה ולא אהיה מעוניין במידע או בפניה לגבי מידע פרסומי בכתב על מוצרים ושירותים שונים של החברה ו/או הקבוצה ו/או מי מטעמן ו/או מצדדים שלישיים וארצה להמחק מהדיוור הישיר כאמור, אוכל להודיע על כך לחברה בכל עת.

העברת מידע בקווי תקשורת: אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התוכנית 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 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 קבלת יעוץ פנסיוני ממשווק הפנסיוני: אני מצהיר כי ידוע לי שעל היועץ הפנסיוני או המשווק הפנסיוני, כהגדרתם לפי חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק ביעוץ פנסיוני ובישיווק פנסיוני) התשס"ה - 2005 ("בעל רישיון") להתאים את היעוץ או השיווק לצרכי הלקוח לאחר שבייר עימו את מטרות החיסכון שלו באמצעות מוצר פנסיוני, את מצבו הכספי דרך כלל, את החיסכון הקיים שלו, באמצעות מוצרים פנסיוניים ואת שאר הנסיבות הצריכות לענין, ככל שהלקוח הסכים למסור לגביהם מידע, ולאור אלו נעשית הבחירה של סוג המוצר הפנסיוני, המוצר הפנסיוני והגוף המוסדי. אני מאשר כי קיבלתי יעוץ כאמור 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 תכניות חדשות וכי ראוי לבדוק ולברר בכל עת בעתיד את המוצר שרכשתי ביחס לאלו שהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התכנית שרכשתי עשויים להשתנות.

הצהרה בקשר למינוי סוכן ביטוח/משווק פנסיוני/יועץ פנסיוני: סוכן הביטוח/המשווק הפנסיוני/היועץ הפנסיוני הרשום בהצעה זו מתמנה בזה להיות סוכן הביטוח/משווק פנסיוני/יועץ פנסיוני מטעמי ורשאי לקבל כל מידע בקשר עם תכניות הביטוח.

לתשומת לבך, מודגש בזאת, כי על מנת לבצע את הפעולות במועד הקבוע בתנאי הפוליסה, יש להעביר את הבקשות שלהלן ישירות למשרדי החברה לרבות כל המסמכים הנחוצים לביצוע הפעולות, ואלה הפעולות:

בקשה לשינוי מסלול השקעה, בקשה למשיכה, בקשה להוספת כסויים ביטוחיים או הגדלתם, בקשה להפקדה חד-פעמית, בקשה לשינוי שיעורי ההפקדה או מרכיבי הפוליסה, בקשה לשינוי מוטב, בקשה לעניין הקטנת הכיסויים הביטוחיים, בקשה לתשלומים בעקבות פטירת המבוטח, בקשה לתשלומים עם תום תקופת הביטוח.

תאריך: _____

חתימת המועמד לביטוח (העובד) ★

י.ג. העברת מידע למעביד / יפיוי כוח

הנני מייפה את כוחו של המעביד לבקש ולקבל עבורי בכל עת, מידע הקיים בחברה והנדרש לטיפול בעניינים המפורטים בהצעה זו, לרבות הפוליסות שתירכשנה בעקבות הצעה זו ואני מסכים כי תמסרו למעביד מידע כאמור. יפיוי כח זה, אינו כולל בקשה וקבלת העתק מסמכים רפואיים, לרבות הצהרתי על מצב בריאותי, תוצאות בדיקות רפואיות שנערכו ו/או יערכו לי בנוגע למצבי הבריאותי וכן מידע אודות קביעת מוטבתי, אלא אם אציין אחרת, בכתב.

תאריך: _____

חתימת המועמד לביטוח (העובד) ★

י.ד. הצהרת המשווק הפנסיוני / היועץ הפנסיוני

הריני מצהיר בזאת, כי שאלתי את העובד בין היתר את כל השאלות המופיעות למעלה וקיבלתי מהם את כל הפרטים, המידע והמסמכים הדרושים ובין היתר את הפרטים המפורטים בטופס זה על צרופותיו וכי מסרתי למבוטח מסמך בכתב כקבוע בהסדר התחיקתי.

תאריך: _____

חתימת המשווק הפנסיוני/ היועץ הפנסיוני ★



0111518306080210



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספרו
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"/>	ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <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 תריסיון), 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 יינעו 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, גוש או ממאירות ב. מחלות העצבים והחושים, כגון: שיתוקים, סחרחורת והתלפזיות, אפילפסיה, כאבי ראש כרוניים (מיגרנות), הפרעות תנועה או תחושה, הפרעה בראיה או בשמיעה, דיכאון או מחלות נפשיות. 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 למגדל 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 תהייה לנו אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לניל. כתב יתור זה מחייב אותי/נו, את עזבוני/נו וכחי/נו 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 ★ _____



הוראה לחיוב חשבון - ביטוח חיים, בריאות

טופס מספר 5

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

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

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד מוסד	אסמכתא / מס' מזהה של הלקוח בחברה
		סניף בנק	00602	

לכבוד

שם הבנק	מס' סניף	מס' בנק	כתובת הסניף (רחוב)	מס' הבית	יישוב	מיקוד

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

מס' תעודת זהות/ח.פ.	שם משפחה	שם פרטי	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	יישוב	מיקוד

1. נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסכומכם, 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".

2. ידוע לילנו כי:

- א. 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.
- ב. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל מראש חיוב מסויים ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
- ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכח/נוכיח בבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנתכבו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.

3. ידוע לילנו כי הפרטים שציינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלילנו להסדיר עם המוטב.

4. ידוע לילנו כי סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תישלח לילנו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.

5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע.

6. הבנק רשאי להוציא/ניו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך ויודיע לילנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

7. נא לאשר ל**מגדל חברה לביטוח בע"מ** בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.

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

חתימת בעל/י 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 שתציעו 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 /או אחרת לביצוע, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידיכם.

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד מוסד	אסמכתא / מס' מזהה של הלקוח בחברה
		סניף בנק	00602	

תאריך	בנק וסניף	חתימת בעל/י החשבון ★
-------	-----------	----------------------

תשלום בכרטיס אשראי בהוראת קבע

בעל כרטיס אשראי:			אני/מר/גברת:		
מספר הכרטיס	סוג 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 האיל וניתנה על ידי הרשאה ל**מגדל חברה לביטוח בע"מ** להעביר לחברת כרטיסי אשראי חובים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת האשראי. הני 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 שיופנק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר.

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

חתימת בעל/י החשבון ★	תאריך
----------------------	-------

אישור עובד החברה לבדיקת פרטי כרטיס האשראי

חתימת הבדוק	בתאריך	נבדק ואשרר ע"י פקיד ביטוח חיים
-------------	--------	--------------------------------



011200508080210