



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספרו
שם המפקח	מס' פוליסה

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

הצעה לביטוח עמית עצמאי

טופס מספר 184

1. מגדלור למחר 2010 קופה משלמת לקצבה (לעמית עצמאי)
2. מגדל בטוח 2009 קופה משלמת לקצבה (לעמית עצמאי)
3. מגדלור לחיים 2009 קופה משלמת לקצבה (לעמית עצמאי)
4. מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת לקצבה (לעמית עצמאי)

במסגרת הצעה זו ניתן לשלב בין פוליסת מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת לקצבה ועוד **עד** שתי פוליסות מסוג קופה משלמת לקצבה (להלן: "פוליסות מסוג קופה משלמת")

א. פרטי המועמד לביטוח ("המבוטח")					
מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
_____	_____	_____	____/____/____	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מזוגל <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	
_____		_____		_____	
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. הצהרת המבוטח לפי חוק איסור הלבנת הון

אני _____ ת.ז. _____ מצהיר בזאת כי אני פועל בעבור עצמי וכי אין אני נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה (למעט זכויות הנובעות מזקיפת הטבת המס לפי פקודת מס הכנסה ולמעט זכויותיהם של המוטבים בפוליסה). אני מתחייב להודיע למבוטח אם אפעל בעבור אחר. ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק, מהווה עבירה פלילית.

תאריך	_____	חתימת המועמד לביטוח	_____
-------	-------	---------------------	-------

ג. סוג הצטרפות

יש לסמן בהתאם לסוג הצטרפות המבוקש. לא ניתן לבצע העברות חד פעמיות מקופת גמל אחרת לפוליסה "מגדלור 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 המועדים

יום תחילת הביטוח (שנה/חודש/יום)	גיל תום תקופת הביטוח*
_____	_____

* "גיל" - כהגדרתו בתנאי הפוליסה. יש לקבוע גיל תום תקופה בין 60 ל-67. בהעדר מילוי, גיל תום תקופת הביטוח יהיה 67.

ה. אופן תשלום דמי הביטוח

מועדי תשלום דמי הביטוח: <input type="checkbox"/> חודשי* <input type="checkbox"/> רבע שנתי <input type="checkbox"/> חצי שנתי <input type="checkbox"/> שנתי
אופן תשלום דמי הביטוח: <input type="checkbox"/> הוראת קבע <input type="checkbox"/> רגיל (לאופן תשלום שונה מחודשי בלבד)

* באמצעות הוראת קבע בלבד. דמי ביטוח עד 500 ש"ח אפשר גם באמצעות כרטיס אשראי. דמי הביטוח ישולמו מראש בהתאם לאופן תשלום דמי הביטוח שנבחר לעיל והם צמודים כקבוע בתנאי הפוליסה.

ו. חלוקת דמי הביטוח בין פוליסות הביטוח: (1) מגדלור למחר 2010 קופה משלמת, (2) מגדלור לחיים 2009 קופה משלמת, (3) מגדל בטוח 2009 קופה משלמת, (4) מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת

במסגרת הצעה זו ניתן לשלב בין פוליסת מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת לקצבה ועוד **עד** שתי פוליסות מסוג קופה משלמת לקצבה (להלן: "פוליסות מסוג קופה משלמת"). בשילוב של מספר פוליסות, יש לקבוע להלן בהצעה זו, לגבי כל פוליסה שנבחרה, את סכום דמי הביטוח שיופנה אליה, לרבות מסלולי ההשקעה ויתר הפרטים המפורטים להלן.



011518401070210

עמוד מספר 1 מתוך 7 דפים

קוד מסמך 115



ז. פוליסות מסוג קופה משלמת

1. פרטים בדבר דמי הביטוח ודמי הניהול: (1) מגדלור למחר 2010 קופה משלמת (2) מגדלור לחיים 2009 קופה משלמת (3) מגדל בטוח 2009 קופה משלמת
ניתן לשלב בהצעה אחת עד שתי פוליסות מבין הפוליסות שהינן קופה משלמת המפורטות כאמור לעיל.

שם הפוליסה	דמי ביטוח לפוליסה	דמי ניהול מדמי ביטוח	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר
<input type="checkbox"/> מגדלור למחר 2010 קופה משלמת			
<input type="checkbox"/> מגדלור לחיים 2009 קופה משלמת			
<input type="checkbox"/> מגדל בטוח 2009 קופה משלמת			

מבוטח שבחר בפוליסת מגדל בטוח 2009 מאשר כדלקמן:

- הזכות לקבלת ההטבות כקבוע בתנאי הפוליסה של מגדל בטוח 2009 אינה 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 החל מיום תחילת הביטוח, והזכאות למלוא ההטבות מותנית במילוי תנאים נוספים כקבוע בתנאי הפוליסה.
- אין בפוליסה מסלולי השקעה ולא ניתן לבחור מסלולי השקעה והכספים ינוהלו במסלול השקעה כללי וביחד עם השקעות של כספים מתוכניות שונות.

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

בפוליסת מגדלור למחר 2010 קופה משלמת ומגדלור לחיים 2009 קופה משלמת, ניתן לבחור לכל היותר במסלול השקעה אחד בכל פוליסה בגין ההפקדה לחיסכון. בהעדר סימון תושקע ההפקדה לחיסכון במסלול השקעה כללי 1 - מסלול השקעת ברירת המחדל. מסלול זה הינו מסלול המנוהל על-פי שיקול דעת החברה בכפוף לתנאים כקבוע בהסדר התחיקתי. להלן בחירת:

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

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

3. כיסויים ביטוחיים שירכשו בפוליסות: (1) מגדלור למחר 2010 קופה משלמת (2) מגדלור לחיים 2009 קופה משלמת (3) מגדל בטוח 2009 קופה משלמת

במקרה בו ביקש המבוטח לרכוש את הכיסויים הביטוחיים אותם ניתן לרכוש מתוך דמי הביטוח לקופת גמל לעמיתים עצמאיים בפוליסת מסוג קופה משלמת, הרי עלות כיסויים ביטוחיים אלה מתוך דמי הביטוח בפוליסה האמורה לא תעלה בכל עת על 35% מדמי הביטוח החודשיים לאחר ניכוי דמי ניהול מדמי הביטוח ובכפוף להסדר התחיקתי ("התקרה"). לידיעתך - אם בחודש מסוים עלתה עלות הכיסויים הביטוחיים האמורים בפוליסות מסוג קופה משלמת על התקרה, יוקטנו הכיסויים הביטוחיים כך שסך עלות הכיסויים הביטוחיים לא תעלה על התקרה כדלקמן: תחילה יקטן הכיסוי למקרה מוות, לאחר מכן יקטן הכיסוי הביטוחי לפיצוי בגין אבדן כושר עבודה ולאחר מכן יבוטל הכיסוי לשחרור.

4. תוכניות ביטוח של הכיסויים הביטוחיים אותם ניתן לרכוש מתוך דמי הביטוח בקופת ביטוח לעמיתים עצמאיים: (1) מגדלור למחר 2010 קופה משלמת (2) מגדלור לחיים 2009 קופה משלמת (3) מגדל בטוח 2009 קופה משלמת

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

<input type="checkbox"/> לא כולל החיסכון המצטבר	<input type="checkbox"/> כולל החיסכון המצטבר	סכום הביטוח	<input type="checkbox"/> אור 1 - ביטוח למקרה פטירה בדמי ביטוח משתנים מדי שנה
<input type="checkbox"/> שחרור	<input type="checkbox"/> מגדל כושר	<input type="checkbox"/> שלוה	<input type="checkbox"/> אבדן כושר עבודה בדמי ביטוח משתנים
<input type="checkbox"/> נספח עוז	פיצוי חודשי: (לא רלוונטי אם נקנה "שחרור")	פיצוי מוגדל: (לא רלוונטי אם נקנה "שחרור")	סוג התכנית: <input type="checkbox"/> רגיל <input type="checkbox"/> מורחב
	ש"ח	9 חודשים <input type="checkbox"/> 2 חודשים <input type="checkbox"/>	תקופת המתנה: <input type="checkbox"/> 3 חודשים (ברירת מחדל) <input type="checkbox"/> 6 חודשים



0111518402070210

עמוד מספר 2 מתוך 7 דפים

קוד מסמך 115

ח. פוליסות מסוג קופה לא משלמת - מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת

1. פרטים בדבר דמי הביטוח ודמי הניהול:

שם הפוליסה	דמי ביטוח לפוליסה	דמי ניהול מהחיסכון המצטבר
<input type="checkbox"/> מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת		

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

ניתן לבחור לכל היותר במסלול השקעה אחד בפוליסה בגין ההפקדה לחיסכון בפוליסה.

בהעדר סימון תושקע ההפקדה לחיסכון במסלול השקעה כללי 1 - מסלול השקעת ברירת המחדל. מסלול זה הינו מסלול המנוהל על-פי שיקול דעת החברה בכפוף לתנאים כקבוע בהסדר התחיקתי.

להלן בחירתך:

פוליסת מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת

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

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

3. כיסויים ביטוחיים בפוליסת מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת

במקרה בו ביקש המבוטח לרכוש את הכיסויים הביטוחיים אותם ניתן לרכוש מתוך דמי הביטוח לקופת גמל לעמיתים עצמאיים בפוליסה מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת, הרי עלות כיסויים ביטוחיים אלה מתוך דמי הביטוח בפוליסה האמורה לא תעלה בכל עת על 35% מדמי הביטוח החודשיים לאחר ניכוי דמי ניהול מדמי הביטוח החודשיים ובכפוף להסדר התחיקתי ("התקרה").

לידיעתך - אם בחודש מסוים עלתה עלות הכיסויים הביטוחיים בפוליסה מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת על התקרה, יוקטנו הכיסויים הביטוחיים כך שסך עלות הכיסויים הביטוחיים לא תעלה על התקרה כדלקמן: תחילה יקטן הכיסוי למקרה מוות, לאחר מכן יקטן הכיסוי הביטוחי לפיצוי בגין אבדן כושר עבודה ולאחר מכן יבוטל הכיסוי לשחרור.

4. תוכנית הביטוח של הכיסויים הביטוחיים אותם ניתן לרכוש מתוך דמי הביטוח לקופת ביטוח לעמיתים עצמאיים מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת

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

אור 1 - ביטוח למקרה פטירה בדמי ביטוח משתנים מדי שנה

סכום הביטוח: ש"ח כולל החיסכון המצטבר לא כולל החיסכון המצטבר

אבדן כושר עבודה בפרמיה משתנה

שם התוכנית: שלווה מגדל כושר שחרור

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



0111518403070210

עמוד מספר 3 מתוך 7 דפים

קוד מסמך 115



ט. כיסויים ביטוחיים נוספים

עלות הכיסויים הביטוחיים שניתן לרכוש מתוך דמי הביטוח מתחלקת בין הפוליסות מאותו סוג שנרכשו, באופן יחסי לדמי הביטוח בכל אחת מהפוליסות. במידה ומבוקש לרכוש כיסוי ביטוחי נוסף שלפי ההסדר התחיקתי לא ניתן לרכשו מתוך דמי הביטוח יש להגדיר את סוג הפוליסה ממנו מבקשים לרכוש את הכיסוי הנוסף ועלות הכיסוי של הכיסוי הביטוחי הנוסף המבוקש כאמור תנחה תחילה מדמי ביטוח לסוג פוליסה כמבוקש להלן, ודמי הביטוח לפוליסות מסוג זה יהיו בניכוי עלות הכיסויים הנוספים האמורים.

מבוקש לרכוש כיסוי ביטוחי נוסף

לא מבוקש לרכוש כיסוי ביטוחי נוסף

(בהעדר סימון ירכשו רק כיסויים ביטוחיים שניתן לרכוש אותם מתוך דמי הביטוח לקופת ביטוח לעצמאיים, ככל שהתבקשה רכישתם)

פוליסה מסוג קופה משלמת

מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת

הכיסוי הביטוחי

הכיסוי הביטוחי הנוסף ושם התוכנית	סכום הביטוח
נכות מתאונה	
מוות מתאונה	
מוות ונכות מתאונה (כולל מוות או נכות כתוצאה מפעולת טרור)	
הכיסוי הביטוחי הנוסף יהיה עד גיל 65 או עד תום תקופת הביטוח, לפי המוקדם מביניהם.	

י. 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 באחוזים

יא. 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 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	
מעמד העמית בקופה המעבירה	<input type="checkbox"/> קופת גמל לא משלמת לקצבה	
<input type="checkbox"/> עמית שכיר <input type="checkbox"/> עמית עצמאי	<input type="checkbox"/> קופה לפיצויים ולתגמולים בגין כספים שנוצברו עד 31.12.2007	

2. פוליסת הביטוח אליה מבקש המועמד לביטוח להעביר את הכספים

שם הקופה	סוג העברה	
	העברת צבירה*	הפקדות שוטפות (בנוסף להעברה)
	סמן אם כן	סמן אם כן
<input type="checkbox"/> מגדלור לחיים 2009 קופה משלמת לעצמאים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מגדל בטוח 2009 קופה משלמת לעצמאים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת לעצמאים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* במידה ובחרת יותר מפוליסה אחת, יש לציין את אחוז 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 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 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 שנמסר ו/או יימסר על ידי או על-ידי המעביד לחברה, ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה, וישמר 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 מעונין 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 אודותיי 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 שתשלחו לי את הקוד הסודי לצורך שימוש במערכת המידע האישי באתר האינטרנט של קבוצת מגדל בדואר רשום.

הצהרה בדבר מרכיבי התכנית והתאמתם למבוטח: החברה מסרה לי כי תכניות הביטוח המשווקות על ידה מעת לעת, לרבות אלו שנרכשות על ידנו, 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, הנבדלות 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 תכניות חדשות וכי ראוי לבדוק ולברר בכל עת בעתיד את המוצר שרכשתי ביחס לאלו שיהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התכנית שרכשתי עשויים להשתנות.

אימות נתונים מול מרשם האוכלוסין: אני מאשר ונותן את הסכמתי לבצע אימות נתונים מול מרשם האוכלוסין של משרד הפנים לנתונים הבאים: תעודת זהות, שם משפחה ושם פרטי, מצב משפחתי, מען מלא, מין ותאריך לידה.

הצהרה בדבר קבלת יעוץ פנסיוני מהמשווק הפנסיוני: אני מצהיר כי ידוע לי שעל היועץ הפנסיוני או המשווק הפנסיוני, כהגדרתם לפי חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק ביעוץ פנסיוני ובשיווק 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 לעניין, 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.

הצהרה בקשר למינוי סוכן ביטוח/משווק פנסיוני/יועץ פנסיוני: סוכן הביטוח/המשווק הפנסיוני/היועץ הפנסיוני הרשום בהצעה זו מתמנה בזה להיות סוכן הביטוח/המשווק הפנסיוני/היועץ הפנסיוני מטעמי והנני מתיר לחברה ו/או לקבוצה להעביר להם כל מידע בענייני הקיים אצלה והדרוש להם לטיפול בעניינים המפורטים בהצעה זו לרבות הפוליסות שתירכשנה בעקבות הצעה זו. כמו כן ידוע לי, כי סוכן הביטוח שצוין בהודעה יחשב כשלוש של החברה לענין מתן ההודעות שלי ושל המוטב לחברה, למעט במקרים המפורטים להלן שאז עלי למסור את ההודעות לחברה במישרין:

בקשה לשינוי מסלול השקעה, בקשה למשיכה, בקשה להוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלתם, בקשה להפקדה חד-פעמית, בקשה לשינוי שיעורי ההפקדה או מרכיבי הפוליסה, בקשה לשינוי לעניין קטנת הכיסויים הביטוחיים, בקשה לתשלומים בעקבות פטירת המבוטח, בקשה לתשלומים עם תום תקופת הביטוח וכן כל מסמך נוסף הנחוץ לצורך ביצוע הוראות/בקשות אלה, הנמסרות לחברה על-ידי המבוטח, המוטב או כל אדם אחר, צריכות להימסר אך ורק במשרדי החברה באחת מן הכתובות כמפורט בתנאי הפוליסות.

תאריך חתימת המועמד לביטוח

י.ג. 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



0111518405070210



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספרו
שם המפקח	מס' פוליסה

הטופס מיועד לנשים 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 העיכול, כגון: אלקוס (כיב קיבה או תריסון), מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כבד וכיס מרה, חולי או בדיקות הקשורות במחלות צהבת (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, שנינים 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 בנ, מחלות פרקים ועצמות, כגון: דלקות פרקים, ראומוטיזם, ארטריטיס, כאבי בנ או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. האם אי פעם נדחתה או נתקבלה בתנאים מיוחדים הצעתך לביטוח חיים או בריאות בחברת ביטוח כלשהי?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 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/צרכתי יותר מליטר אלכוהול בשבוע החל משנת _____ ועד שנת _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
סמים: אני צורך/צרכתי 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 והתעלפויות, 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.
יזוע 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, נתתי/ים 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 שחלתי/נו בה בעבר ו/או שהנינו חוליהם 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 מחלתי/נו כנ"ל, ומוותרים על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהייה לי/נו אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לניל. כתב ויתור 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 _____



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 מסלקה	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

- נותנים 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".
- ידוע לילנו 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 רשאים לבטל מראש חיוב מסויים ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
 - אחיה/נהיה רשאים לבטל חיוב לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכח/נוכח בבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנתכבו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
- ידוע לילנו כי הפרטים שציינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/ינו להסדיר עם המוטב.
- ידוע לילנו כי סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תישלח לילנו 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 רשאי להוציא/ינו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך ויודיע לילנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- 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 לביצועו, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצאו/נו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבשותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידיכם.

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

תאריך	בנק וסניף	חתימה וחותמת הסניף
-------	-----------	--------------------

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 כרטיס אשראי חובים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת האשראי. הניי 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 הבודק	בתאריך	נבדק ואשרר ע"י פקיד ביטוח חיים
-------------	--------	--------------------------------



011200507070210