



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר פוליסה

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

הצעה לביטוח מנהלים - קופה לא משלמת לקצבה

1. מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת לקצבה

טופס מספר **186**

א. פרטי המועמד לביטוח ("המבוטח" / "העובד")									
מס' תעודת זהות		שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		מין	
מס' תעודת זהות		שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		מין	
כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' טלפון		מס' סלולרי		
דואר אלקטרוני		מקצוע		עיסוק					
הרגלי עישון: <input type="checkbox"/> אינני 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									
שם המעביד		מס' המפעל		מס' הזהות / ח"פ / ח"צ					
שם המעביד		מס' המפעל		מס' הזהות / ח"פ / ח"צ					
מס' טלפון		מס' פקס		דואר אלקטרוני					
כתובת (שם הרחוב / ת"ד)		מס' בית	יישוב	מיקוד					

ג. סוג הצטרפות									
יש לסמן בהתאם לסוג הצטרפות המבוקש.									
<input type="checkbox"/> הפקדות שוטפות									
<input type="checkbox"/> הפקדה חד-פעמית ע"י העברה מקופת גמל אחרת									
<input type="checkbox"/> 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 ט' להלן.									

ד. פרטים בדבר המועדים									
תאריך התחלת עבודה אצל המעביד		יום תחילת הביטוח (שנה / חודש / יום)			גיל תום תקופת הביטוח*				
תאריך התחלת עבודה אצל המעביד		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. פוליסה מסוג קופה לא משלמת - מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת									
1. פרטים בדבר ההפרשות									
דמי ניהול מהחיסכון המצטבר	הפרשות נוספות לאובדן כושר עבודה (אחוזים)		מרכיב תגמולי* (עובד אחוזים*)	מרכיב תגמולי* (מעביד אחוזים*)	מרכיב הפיצויים* (אחוזים)	שכר לפוליסה	שם הפוליסה	מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת	<input type="checkbox"/>
	ע"ח עובד	ע"ח מעביד							
*במידה וההפרשות הן בהתאם לצו הרחבה יש לסמן:									
<input type="checkbox"/> שיעור ההפרשות משתנה בהתאם לצו הרחבה לביטוח פנסיוני מקיף במשק לפי חוק הסכמים קיבוציים, התשי"ז-1957 כפי שידוע במועד ההצעה.									
אופן הגביה שיחול על כל הפוליסות הנכללות בהצעה זו (אופן הגביה וסוג הגביה שיבחר יחול לגבי כל הפוליסות הנכללות בהצעה זו):									
<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			



0111518601060210

עמוד מספר **1** מתוך 6 דפים

קוד מסמך: 115

מק"ט: 425100075 (02.10)



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

ניתן לבחור לכל היותר בשני מסלולי ההשקעה בגין ההפקדה לחיסכון בפוליסה, האחד בעבור מרכיב הפיצויים והשני בעבור מרכיב התגמולים. אם המבוטח בחר להשקיע את כספי ההפקדה לחיסכון של מרכיב הפיצויים במסלול שאינו מסלול השקעה כללי 1 (מסלול השקעת ברירת המחל), נדרשת הסכמה בכתב של המעביד להשקעתם במסלול שנבחר על-ידי המבוטח.

להלן בחירתך:

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

פוליסת מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת

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

3. כיסויים ביטוחיים בפוליסת מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת

עלות הכיסויים הביטוחיים מתוך מרכיב התגמולים בפוליסה האמורה 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 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. תוכניות ביטוח של הכיסויים הביטוחיים בפוליסת מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת שירכשו מתוך התקציב

ומן את סוגי התוכניות המבוקשות, לכל סוג תוכניות 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 (n)	<input type="checkbox"/> לא כולל החיסכון המצטבר (i)
<input type="checkbox"/> כולל החיסכון המצטבר (ט)	<input type="checkbox"/> כולל החיסכון המצטבר (ז)

אבדן כושר עבודה בדמי ביטוח משתנים

שם התוכנית: שלווה מגדל כושר שחרור

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

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

מטריה ביטוחית פלוס

(הצטרפות לתוכנית זו אפשרית רק למבוטחים שהינם עמיתים בקרן פנסיה בישראל).

הכיסויים לפי פוליסת מטריה ביטוחית פלוס חלים ובתוקף כל עוד המועמד לביטוח הינו עמית בקרן פנסיה, ודמי הביטוח משולמים כסדרם.

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





<input type="checkbox"/> כיסויים ביטוחיים נוספים	
שם התוכנית	סכום הביטוח
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 <input type="checkbox"/>	ע"ח מעביד <input type="checkbox"/> ע"ח עובד <input type="checkbox"/>
• 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.	

ז. מינוי מוטבים

ב"ח המבוטח - המבוטח. במקרה פטירה:

מס' תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה למבוטח	החלק היחסי בתגמולי הביטוח באחוזים

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 והפרש, אם קיים, בין הסכום המגיע במוט המבוטח לבין סכום השווה לחיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים ישולם למוטבים.

ח. פרטים נוספים למילוי על-ידי המעביד

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

1.1 הסכם לפי סעיף 14 קיים בין העובד והמעביד הסכם עבודה שחל עליו סעיף 14 לחוק פיצוי פיטורים 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.	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
1.2 ויתור אוטומטי המעביד מאשר, שהעובד יהיה זכאי למרכיב הפיצויים בכל מקרה, והוא מוותר בזאת ויתור בלתי מותנה על השליטה בכספי מרכיב הפיצויים והוא נותן בזאת הוראות בלתי חוזרות לחברה לשלם את מרכיב הפיצויים למבוטח.	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
1.3 זכאות בלא תנאי לעובד זכאות בלא תנאי לעניין משיכה ממרכיב הפיצויים. המעביד מאשר כי העובד יהיה זכאי למשוך את כספי הפיצויים ללא תנאי החל מיום _____ או בתום שלוש שנות עבודה של העובד אצל המעביד ממועד תחילת העבודה הנקוב לעיל, המוקדם מבין המועדים הנ"ל. 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. לידיעת המעביד, במקרה של זכאות בלא תנאי קיימת נוסחה שונה לחישוב החיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים להבדיל ממרכיב תגמולים, העשויה לצמצם את הסכומים הנדרשים לצורך השלמת פיצויי הפיטורים בעת סיום עבודתו של העובד.	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

2. הוראות לעניין מסלולי השקעה של מרכיב הפיצויים

הנני מאשר כי העובד יקבע את מסלול ההשקעה למרכיב הפיצויים ללא צורך בהסכמת המעביד בפוליסה. בחר המבוטח במסלול השקעות שאינו מסלול השקעה כללי 1 (מסלול השקעת ברירת המחול) נדרשת הסכמה בכתב של המעביד להשקעתם במסלול שנבחר על-ידי המבוטח.

הנני מסכים להפקדת מרכיב הפיצויים בפוליסה במסלול השקעות הבא אשר נבחר ע"י העובד כאמור לעיל.

שם הפוליסה	מסלול ההשקעה
מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת	

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

3. הוראות לעניין רכישת כיסוי ביטוחי שלא מתוך ההפרשות

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

4. התחייבויות והצהרות המעביד והמועמד לביטוח (העובד)

בחתימתו על ההצעה מסכים המעביד לתנאי פוליסת הביטוח, כפי שנבחרו בהצעה זו ככל שהם נוגעים אליו, והוא מתחייב לשלם את דמי הביטוח כמפורט בהצעה ובדף פרטי הביטוח ולהעבירם לחברה במועדים כקבוע בהסדר התחיקתי. המעביד מאשר כי החתומים מטה מוסמכים לחתום בשמו וכי חתימתם על טופס הצעה זה מחייב אותו לכל דבר ועניין.

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

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

תאריך <input type="text"/>	תאריך <input type="text"/>	שם פרטי ומשפחה <input type="text"/>	תפקיד <input type="text"/>
חתימת המועמד לביטוח (העובד) ★	חתימת וחותמת המעביד ★		



0111518603060210

עמוד מספר 3 מתוך 6 דפים

קוד מסמך: 115

מק"ט: 425100075 (02.10)



ט. פרטים ראשוניים במקרה בו המבוטח מבקש להעביר כספים מקופת גמל אחרת לפוליסת מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת

1. פרטי הקופה המעבירה

שם הגוף המנהל של הקופה המעבירה	שם הקופה המעבירה	מספר מ"ה
סוג הקופה המעבירה		
<input type="checkbox"/> עמית פעיל	<input type="checkbox"/> קופ"ג משלמת לקצבה	<input type="checkbox"/> קופה לפיצויים ותגמולים בגין כספים שנצברו עד 31.12.07
<input type="checkbox"/> עמית לא פעיל	<input type="checkbox"/> קופ"ג לא משלמת לקצבה	
<input type="checkbox"/> עמית שכיר	<input type="checkbox"/> עמית עצמאי	
<input type="checkbox"/> הפקדות שוטפות בנוסף להעברת הצבירה (יש לסמן אם כן)		

י. הצהרות המועמד לביטוח

אני הח"מ מבקש להתקבל כמבוטח בהתאם לתנאי פוליסת 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 ידרש לכך על ידי החברה, להיבדק בדיקה רפואית על ידי רופאי החברה ותשובות שתימסרנה לרופא החברה תיחשבה 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 המנתונים 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, ויישמר במאגרי מידע של החברה ו/או הקבוצה ו/או אצל מי מטעמן. 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 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 שתשלוח לי את הקוד הסודי לצורך שימוש במערכת המידע האישי באתר האינטרנט של קבוצת מגדל בדואר רשום.

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 הייעוץ או השיווק לצרכי הלקוח לאחר שברר עימו את מטרות החיסכון שלו באמצעות מוצר פנסיוני, את מצבו הכספי דרך כלל, את החיסכון הקיים שלו, באמצעות מוצרים פנסיוניים ואת שאר 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 תכנית 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 כיסויים 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.

תימת המועמד לביטוח (העובד) ★	תאריך
------------------------------	-------

יא. העברת מידע למעביד / יפוי 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. יפוי 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 מוטב"י, אלא אם אציין אחרת, בכתב.

תימת המועמד לביטוח (העובד) ★	תאריך
------------------------------	-------

יב. הצהרת המשווק הפיננסי / היועץ הפיננסי

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.

תימת המשווק הפנסיוני / היועץ הפנסיוני ★	תאריך
---	-------



0111518604060210

עמוד מספר 4 מתוך 6 דפים

קוד מסמך: 115

מק"ט: 425100075 (02.10)



הצהרת בריאות

טופס מספר **1**

שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר 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
				נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/>	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	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, טרומבозה, אנגינה פקטוריס, לחץ דם גבוה, אי ספיקות לב, הפרעות קצב הלב או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ה. מחלות דרכי העיכול, כגון: אולקוס (כיב קיבה או תריסרון), 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, שיניים בגודל וצורה של נקודת חן, יבלת, מלנמה או סרטן עור.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ט. חולי או הדבקות הקשורים באיידס (תסמונת הכשל החיסוני) או האם אתה נושא נגדנים 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 ריאות 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 / צרכתי יותר מליטר אלכוהול בשבוע החל משנת _____ ועד שנת _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
סמים: אני צורך / צרכתי סמים. מזה _____ שנים שאני 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, גוש 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 בראייה 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"/>

אם התשובה על אחת או יותר מן השאלות 3 - 6 היא "כן", נא פרט ורשום את מספר השאלה שבגינה הפירוט:

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

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 שתימסרנה על ידי לרופאי החברה תיחשבנה 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 הסכמתנו להם, ובתנאי נוסף שמיום 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, נותן/ים בזה 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, המוסד לביטוח לאומי, לחברות הביטוח, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון למסור למגדל 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 בריאותי/נו ו/או על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שהנני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד, והנני/נו משחרר/ים אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובות שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי/נו ו/או מחלולי/נו כנ"ל, ומוותרים על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי/נו אליכם כל טענה ותיבעה וטענה ותיבעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב יתור זה מחייב אותי/נו, את עזבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו, וכן הנני מייפה/ים את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי/נו.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	מספר הזהות	חתימת המועמד לביטוח



0111518605060210

מק"ט: 42510075 (02.10)



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר פוליסה

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

הוראה לחיוב חשבון - ביטוח חיים, בריאות

טופס מספר **5**

לכבוד

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

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

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

1. נותן/ים לכם בזה הוראה לחיוב חשבונות/נו הנ"ל בסניפכם בגין פרמיית ביטוח חיים או בריאות בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מידי פעם באמצעי מגנטי, או רשימות ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ, כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".

2. ידוע לילנו כי:

- הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/איתנו בכתב לבנק ולמגדל חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף, יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
- איהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
- איהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח בבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
- ידוע לילנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
- ידוע לילנו כי סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תשלח 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/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך וידוע לילנו כל כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- נא לאשר למגדל חברה לביטוח בע"מ בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.

פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבע מעת לעת ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ עפ"י תנאי הפוליסה/ות ותוספתיה/ן.

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

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 שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונות/נום 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 לביצוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב ע"י בעל/י החשבון או כל עוד לא הוצאו/נו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

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

תשלום בכרטיס אשראי בהוראת קבע

(לא ניתן לשלם באמצעות כרטיס אשראי החזרי הלוואה)

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

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסת ביטוח חיים/בריאות. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה למגדל חברה לביטוח בע"מ להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת האשראי. הנני 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.

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

