



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

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

## הצעה לביטוח לפרט להפקדות שוטפות

טופס מספר 187

### מגדלור למחר 2010 להפקדות שוטפות לפרט / מגדלור לחיים 2010 להפקדות שוטפות לפרט

טופס הצעה זה הינו למקרה בו לא קיימת זהות בין המבוטח ובין בעל הפוליסה.  
בכל מקרה בו קיימת זהות בין המבוטח ובין בעל הפוליסה, אין לעשות שימוש בטופס זה אלא בטופס מספר 188.

א. פרטי המועמד לביטוח לפי הפוליסה ("המבוטח")					
מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	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"/> 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 _____.					
<b>הצהרת המבוטח לפי חוק איסור הלבנת הון:</b>					
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 למבטח 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	שם פרטי ושם משפחה	חתימה *			

### היה והמבוטח קטין או פסול דין - תדרש הסכמת נציגו כמשמעותו בחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות התשכ"ב-1961 להלן פרטים אודות הנציג:

מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	דואר אלקטרוני
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' סלולרי
<b>הצהרת הנציג לפי חוק איסור הלבנת הון:</b>				
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 למבטח 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	שם פרטי ושם משפחה	חתימה *		

### ב. פרטי המועמד לבעל הפוליסה ("בעל הפוליסה")

מספר ת.זהות / ח.פ. / ח.צ.	שם משפחה / שם חברה	שם פרטי	דואר אלקטרוני
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	יישוב	מיקוד
<b>הצהרת בעל הפוליסה לפי חוק איסור הלבנת הון:</b>			
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 למבטח 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	שם פרטי ושם משפחה	חתימה *	



011518701050210

**ג. תקופת הביטוח של החיסכון, תכנית הביטוח, דמי הביטוח ואופן תשלומם**

תאריך התחלת הביטוח	(שנה / חודש / יום)				
תום תקופת הביטוח	<input type="checkbox"/> תקופת הביטוח _____ שנים	או	<input type="checkbox"/> הביטוח עד גיל _____		
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"/> הוראות קבע	<input type="checkbox"/> רגיל (לאופן תשלום שונה מחודשי בלבד)			

\* באמצעות הוראות קבע בלבד. דמי ביטוח עד 500 ש"ח אפשר גם באמצעות כרטיס אשראי.

**דמי ביטוח התחלתיים לפוליסות הביטוח מגדלור למחר 2010 להפקדות שוטפות לפרט / מגדלור לחיים 2010 להפקדות שוטפות לפרט** ש"ח \_\_\_\_\_  
(דמי הביטוח צמודים למדד המחירים לצרכן). במקרה שנרכשים כיסויים בדמי ביטוח משתנים, יגבה הגידול העתידי בעלות הכיסויים, בנוסף לדמי הביטוח הצמודים שנקבעו לעיל.

**ד. חלוקת דמי הביטוח בין פוליסת מגדלור למחר 2010 להפקדות שוטפות לפרט, פוליסת מגדלור לחיים 2010 להפקדות שוטפות לפרט**

ניתן לשלב בין שתי הפוליסות המוצעות: מגדלור למחר 2010 להפקדות שוטפות לפרט, מגדלור לחיים 2010 להפקדות שוטפות לפרט בהצעה אחת. במקרה של שינויים עתידיים בדמי הביטוח יקבע יחס חלוקת דמי הביטוח בין הפוליסות ששולבו כאמור לפי היחס שקבע בעל הפוליסה בהצעה זו, וזאת עד לקבלת הוראה אחרת מאת בעל הפוליסה, אשר תחול ביחס לשינויים שיבואו אחריה, עד למתן הוראה אחרת ע"י בעל הפוליסה.

**דמי הביטוח החודשיים התחלתיים שיופקדו בכל אחת מהפוליסות הינם כמפורט להלן:**

פוליסה: מגדלור לחיים 2010 להפקדות שוטפות לפרט	פוליסה: מגדלור למחר 2010 להפקדות שוטפות לפרט
ש"ח _____	ש"ח _____

**בעל הפוליסה והמבוטח מאשרים כי ידוע להם שלא ניתן להפקיד בפוליסות אלה הפקדות חד-פעמיות.**

**ה. כיסויים ביטוחיים**

בעל הפוליסה מבקש לרכוש את הכיסויים הביטוחיים המפורטים להלן:

**כיסויים ביטוחיים מתוך דמי הביטוח שנקבעו לעיל לתוכניות מגדלור למחר 2010 להפקדות שוטפות לפרט / מגדלור לחיים 2010 להפקדות שוטפות לפרט\*:**

<input type="checkbox"/> אור **1 - ביטוח למקרה פטירה	סכום הביטוח _____ ש"ח	<input type="checkbox"/> כולל צבירה	<input type="checkbox"/> לא כולל צבירה
--	-----------------------	-------------------------------------	--

<input type="checkbox"/> אבדן כושר עבודה בפרמיה משתנה	שם התוכנית: _____	<input type="checkbox"/> שחרור	<input type="checkbox"/> מגדל כושר	<input type="checkbox"/> שלווה
סוג התכנית:	תקופת המתנה:	פיצוי מוגדל: (לא חל על "שחרור")	פיצוי חודשי: (לא חל על "שחרור")	נספח עוז
<input type="checkbox"/> רגיל	<input type="checkbox"/> 3 חודשים (ברירת מחדל)	<input type="checkbox"/> 2 חודשים	<input type="checkbox"/> _____ ש"ח	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> מורחב	<input type="checkbox"/> 6 חודשים	<input type="checkbox"/> 9 חודשים		

כיסויים נוספים***	תכנית 1	תכנית 2	תוכנית 3
שם התכנית			
סכום הביטוח (ש"ח)			

\* עלות הכיסויים תגבה מדמי הביטוח לפוליסות השונות לפי יחס דמי הביטוח לכ"א מהן.

\*\* כיסויים ביטוחיים לריסק ולא כושר עבודה עד תום תקופת הביטוח או עד גיל 67, לפי המוקדם מביניהם.

\*\*\* כיסויים נוספים עד גיל 65 או עד תום תקופת הביטוח, לפי המוקדם מביניהם.

**ו. מסלולי השקעה לפוליסות: מגדלור למחר 2010 להפקדות שוטפות לפרט / מגדלור לחיים 2010 להפקדות שוטפות לפרט**

החברה הנהיגה מספר מסלולי השקעות לגבי התוכניות המפורטים להלן ונקבעו תנאים למסלולי ההשקעות האמורים לרבות תנאים מיוחדים, הגבלות והשלכות לשינוי המסלול. על מנת להצטרף למסלול השקעות "מעגל החיים" יש למלא טופס נפרד המהווה חלק בלתי נפרד של הצעה זו.

בהעדר סימון תושקע ההפקדה לחסכון בכל אחת מהתוכניות האמורות במסלול השקעה כללי 1, מסלול השקעה ברירת המחדל. מסלול זה הינו מסלול המנוהל לפי שיקול דעת החברה בכפוף לתנאים כקבוע בהסדר התחיקתי. להלן בחירתי (יש לסמן את המסלול הנבחר):

קוד מסלול		שם מסלול ההשקעה		קוד מסלול		שם מסלול ההשקעה	
מגדלור לחיים 2010	מגדלור למחר 2010			מגדלור לחיים 2010	מגדלור למחר 2010		
198	118	מניות	<input type="checkbox"/>	192	72	מסלול השקעה כללי 1	<input type="checkbox"/>
199	119	צמוד דולר	<input type="checkbox"/>	193	113	אג"ח ופיקדונות (מינימום 80%)	<input type="checkbox"/>
190	120	מט"ח (מינימום 70%)	<input type="checkbox"/>	194	114	אג"ח ופיקדונות (מינימום 65%)	<input type="checkbox"/>
191	121	אג"ח ופיקדונות 100%	<input type="checkbox"/>	195	115	מט"ח (מינימום 50%)	<input type="checkbox"/>
		מסלול השקעה "מעגל החיים"	<input type="checkbox"/>	196	116	כללי 2	<input type="checkbox"/>
				197	117	כללי 3	<input type="checkbox"/>



011518702050210

**ז. מינוי מוטבים**

מינוי מוטבים - אם בתום תקופת הביטוח המבוטח הינו בחיים - המבוטח הינו המוטב. במקרה של פטירת המבוטח לפני תום תקופת הביטוח, הזכות לקביעת המוטב למקרה מוות של המבוטח יהיה של בעל הפוליסה בלבד והמבוטח לא יהיה רשאי לקבוע מוטב ללא קבלת הסכמה בכתב של בעל הפוליסה, המוטבים למקרה מוות של המבוטח:

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

**ח. התחייבויות והצהרות בעל הפוליסה, המועמד לביטוח (המבוטח) והנציג**

אנו הי"מ מבקשים לערוך למבוטח ביטוח בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח שנבחרה בהצעה זו והננו מצהירים ומתחייבים כדלקמן:

**הצהרה בקשר להסכמה להיות מבוטח:** המועמד לביטוח והנציג, לפי הענין, מאשרים את הסכמתנו להיות מבוטחים בהתאם לקבוע בהצעה זו. בחתימתם על הצעה זו מסכימים בעל הפוליסה והמועמד לביטוח לתנאי פוליסת הביטוח ככל שהם נוגעים אליהם.

**הצהרה בקשר לשליטה בכספים שהופקדו ואישור העברת מידע:** המועמד לביטוח והנציג, לפי הענין, מאשרים כי ידוע להם שבהתאם לתנאי הפוליסות מוקנות לבעל הפוליסה זכויות לרבות הזכות להורות על השקעת כספי החיסכון, הזכות למשיכת כספי החיסכון, הזכות לקביעת מוטבים, הזכות לקבל הודעות ודיווחים, הזכות לשנות את דמי הביטוח ואת הכיסויים הביטוחיים וכיו"ב זכויות, הכל כקבוע בתנאי הפוליסה והם מסכימים לכך. כמו כן מאשרים המועמד לביטוח והנציג, לפי הענין, כי החברה תמסור לבעל הפוליסה את כל המידע והנתונים בקשר עם דמי הביטוח לרבות החיסכון המצטבר.

**הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה:** בחתימתו על ההצעה מתחייב בעל הפוליסה לשלם את דמי הביטוח כמפורט בדף פרטי הביטוח ולהעבירם לחברה במועדים כקבוע בתנאי הפוליסה. בכל מקרה שבעל הפוליסה הינו תאגיד משפטי, מאשר בעל הפוליסה כי החתומים מטה מוסכמים לחתום בשמו וכי חתימתו על טופס ההצעה מחייבת אותו לכל דבר ועניין.

**הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה ובהצהרת בריאות:** המועמד לביטוח ובעל הפוליסה מאשרים בהתייחס לתשובות ולמידע שמסרו, כי כל התשובות, הפרטים ומידע אחר שמסרו במסגרת הצעה זו ו/או במסגרת הצהרת הבריאות, הינם נכונים ומלאים. המועמד לביטוח ובעל הפוליסה מתחייבים כי אם יידרשו לכך על ידי החברה, יבדקו בדיקה רפואית על ידי רופאי החברה ותשובות שתיתמסרנה לרופאי החברה תיחשבנה כחלק מההצעה והצהרה זו תחול עליהן. ידוע לנו, 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, המועמד לביטוח ובעל הפוליסה מתחייבים להודיע לחברה אם בעתיד יחול שינוי במי מהנתונים שנמסרו לעיל ו/או שנמסרו לחברה לעיל וזאת מיד עם היוודע לנו על דבר השינוי.

**הצהרה בקשר לכיסוי אבדן כושר עבודה:** אם התבקש כיסוי לאובן כושר עבודה - המועמד לביטוח ובעל הפוליסה מצהירים בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבוטח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים 75% מהכנסתו הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. כן מצהירים המועמד לביטוח ובעל הפוליסה שידוע להם כי עליהם להודיע לחברה על כל שינוי במקצועיהם או בעיסוקיהם שיחול במשך תקופת הביטוח.

**הודעה והסכמה לפי חוק הגנת הפרטיות:** המועמד לביטוח ובעל הפוליסה מאשרים, כי המידע הכלול בהצעה זו כל מידע נוסף שיימסר ו/או נמסר על ידם לחברה, ניתן מרצונם ובהסכמתם המלאה, וישמר במאגרי מידע של החברה ו/או הקבוצה ו/או אצל מי מטעמה ו/או ישמש את החברה ו/או חברות הקבוצה כאגף יעיל ומטרתו יהיה יצירת קשר וטיפול בכל העניינים הקשורים ו/או הנובעים מכל המוצרים שלהם בחברה ובקבוצה ו/או הנלווים אליהם, מתן מידע לצורך ניהול וטיפול שוטף בעניינם, מתן אפשרות לקבוצה להביא לידיעתם מידע על מוצרים ושירותים שונים, בין אם מוצרי הקבוצה ובין אם של צדדים שלישיים וכן למטרות עיבודים סטטיסטיים. הם מאשרים בזאת לחברה ו/או לקבוצה ו/או מי מטעמה לבצע פילוחים במידע לצורך קיום מטרות אלו. בכל מקרה כאמור, אם לא נהיה מעוניינים במידע או פנייה כאמור, נוכל להודיע על כך לקבוצה עם הפניה הראשונה אלינו.

"הקבוצה", משמעותה, החברות והגופים אשר מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ מחזיקה, בכל עת, בו, במישרין או בעקיפין ב - 50% או יותר.

**העברת מידע בקווי תקשורת:** אנו מסכימים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התוכנית ו/או אודותינו באמצעות הטלפון, האינטרנט או באמצעי תקשורת חליפיים, למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח ("קווי תקשורת") וכן כי נוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אנו מודעים לכך כי במקרה זה יתכנו חלוקות, 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. אנו מאשרים ומסכימים שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים בקווי התקשורת. כמו כן אנו מאשרים שתשלוח לנו את הקוד הסודי לצורך שימוש במערכת המידע האישי באתר האינטרנט של קבוצת מגדל בדואר רשום.

**הצהרה בדבר מרכיבי התוכנית והתאמתם למבוטח:** החברה מסרה לנו כי תכנית הביטוח המשוקקת על ידה מעת לעת, לרבות זו שנרכשה על ידינו, מפורסמת באתר האינטרנט של החברה. מרכיבי התוכנית הנרכשת, לרבות הכיסויים הביטוחיים ועלותם וכן החריגים לכיסוי ידועים לנו כן ידוע לנו, כי קיימות בחברה תוכניות ביטוח נוספות מסוגים שונים, הנבדלים מהתוכנית הנרכשת בהרכב הכיסוי הביטוחי, בעלותם ובהיקפם, ואנו מאשרים, כי התוכנית הנרכשת נבחרה לאחר שמצאנו אותה מתאימה לצרכנו. כמו כן נמסר לנו כי מעת לעת מוציאה החברה תכניות חדשות וכי ראוי לבדוק ולברר בכל עת בעתיד את המוצר שנרכש ביחס לאלו שיהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התכנית שנרכשה העשויים להשתנות.

**הצהרה בדבר קבלת יעוץ השקעות:** אנו החתומים מצהירים בזה כי ידוע לנו שלפי חוק הסדרת העיסוק ביעוץ רשאים ליעוץ בתחום ההשקעות רק יועצי השקעות מטעם הרשות לניירות ערך. הובהר לנו, כי סוכן הביטוח אינו מוסמך לתת לנו יעוץ השקעות, ואנו מאשרים כי לא קיבלנו ממנו כל יעוץ כאמור. כן אנו מאשרים כי ניתנה לנו האפשרות להיעוץ עם יועץ השקעות מטעמנו, בדבר סוג ההשקעות וכדאיותן.

**הצהרה לעניין נציג:** אנו הי"מ נציג המועמד לביטוח מצהיר בזאת, כי הנני הנציג על-פי דין של המועמד לביטוח וכי אני מוסמך לחתום בשמו וכי חתימתי על טופס הצעה זו מחייבת אותו לכל דבר ועניין בכל מקום בטופס זו בו נאמר המועמד לביטוח לרבות נציג המועמד לביטוח.

<input type="text"/>	חתימת המועמד לביטוח *	<input type="text"/>	חתימת המועמד לביטוח *	<input type="text"/>	תאריך
<input type="text"/>	חתימת בעל הפוליסה *	<input type="text"/>	חתימת בעל הפוליסה *	<input type="text"/>	תאריך

**ט. הצהרת הסוכן**

**הצהרת הסוכן:** הריני מצהיר בזאת, כי שאלתי את המועמד לביטוח ובעל הפוליסה בין היתר את כל השאלות המופיעות למעלה וקבלתי מהם את כל הפרטים, המידע והמסמכים הדרושים ובין היתר את הפרטים המפורטים בטופס זה על צרפותי וכי מסרתי להם את כל המסמכים הנדרשים כקבוע בהסדר התחיקתי. כמו כן אני מאשר בזאת כי בדקתי את תעודת הזהות של המועמד לביטוח וגם נציג המועמד לביטוח ובעל הפוליסה והשוויתי את הפרטים המנויים בתעודת הזהות לפרטיהם המופיעים מעלה ומצאתי כי הם זהים.

<input type="text"/>	חתימת הסוכן *	<input type="text"/>	שם הסוכן *	<input type="text"/>	תאריך
----------------------	---------------	----------------------	------------	----------------------	-------



0111518703050210



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"/>	ר <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"/>

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 ב. מחלות העצבים והחושים, כגון: שיתוקים, סחרחורת והתלפזות, 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"/>

שם התרופה	המינון

מספר שאלה	המחלה/הפרעה/ הבדיקה/הפגיעה/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 זהות \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לביטוח ★ \_\_\_\_\_

**יתור על סודיות רפואית:** אני הח"מ, בשמי ובשם ילדי, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאפטרופוס/מסביע/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/נו כנ"ל, ומוותרים על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהייה לי/נו אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לניל. כתב יתור זה מחייב אותי/נו, את עזבוני/נו ובאי כוחינו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו, וכן הנינו מייפיהם את "המבקש" לאסוף כל מידע שיראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותנו.

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



0113300104050210



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/ים 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.
  - אהיה/נהיה רשאים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
  - אהיה/נהיה רשאים 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 רשאי 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 ★

חתימת בעלי החשבון ★

תאריך

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 שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/ם 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/ו 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 בנק	<b>00602</b>	

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

## תשלום בכרטיס אשראי בהוראת קבע

(לא ניתן לשלם באמצעות כרטיס אשראי חוזרי הלוואה)

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

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 ★

חתימת בעלי החשבון ★

תאריך

תאריך



011200505050210

עמוד מספר 5 מתוך 5 דפים

קוד מספר 112