



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 188

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

טופס הצעה זה הינו למקרה בו קיימת זהות בין המבוטח ובין בעל הפוליסה.
בכל מקרה בו אין זהות בין המבוטח ובין בעל הפוליסה, אין לעשות שימוש בטופס זה אלא בטופס מספר 187.

א. פרטי המועמד לביטוח לפי הפוליסה ("המבוטח" / "בעל הפוליסה")

מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
_____	_____	_____	____/____/____	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' טלפון	מס' סלולרי
_____	_____	_____	_____	_____	_____
דואר אלקטרוני	מקצוע	עיסוק	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 _____					

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 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 ★ _____ חתימת המועמד לביטוח ★ _____

ב. 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.

ג. 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 המבוטח בהצעה זו, וזאת עד לקבלת הוראה אחרת מאת המבוטח, אשר תחול ביחס לשינויים שיבואו אחריה, עד למתן הוראה אחרת ע"י המבוטח.

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 _____

מבוטח שבחר בפוליסות אלה מאשר כי ידוע לו שלא ניתן להפקיד בפוליסות אלה הפקדות חד-פעמיות.



0111518801050210



ד. 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="text"/>
<input type="checkbox"/> כולל צבירה	<input type="checkbox"/> לא כולל צבירה	

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

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.

ה. 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 קבוע בהסדר התחיקתי. להלן בחירתי (יש לסמן את המסלול הנבחר):

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

ו. מינוי מוטבים

מינוי מוטבים - בחיי המבוטח בתום תקופת הביטוח - המבוטח. במקרה פטירה:

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

תק"ט 425100072 (2/10)



011518802050210

ז. הצהרות המועמד לביטוח

אני הח"מ מבקש להתקבל כמבוטח בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח שנבחרה בהצעה 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, ויהוו 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 לחברה, ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה, ויישמר במאגרי מידע של החברה ו/או הקבוצה ו/או אצל מי מטעמה ו/או ישמש את החברה ו/או חברות מהקבוצה כמאגר דיוור ישיר ומטרותו הינה יצירת קשר וטיפול בכל העניינים הקשורים ו/או הנובעים מכל המוצרים שלי בחברה ובקבוצה ו/או הנלווים אליהם, מתן מידע לצורך ניהול וטיפול שוטף בענייני, מתן אפשרות לקבוצה להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים שונים, בין אם מוצרי הקבוצה ובין אם של צדדים שלישיים וכן למטרות עיבודים סטטיסטיים. אני מאשר בזאת לחברה ו/או לקבוצה ו/או מי מטעמה לבצע פילוחים במידע לצורך קיום מטרות אלו. בכל מקרה כאמור, אם לא אהיה מעוניין במידע או פנייה כאמור, אוכל להודיע על כך לקבוצה עם הפניה הראשונה אלי. "הקבוצה", משמעותה, החברות והגופים אשר מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ מחזיקה, בכל עת, במישרין או בעקיפין ב - 50% או יותר.

העברת מידע בקווי תקשורת: אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התוכנית ו/או אודותי באמצעות הטלפון, האינטרנט או באמצעי תקשורת חליפי, למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח ("קווי תקשורת") וכן 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.

הצהרת בדבר מרכיבי התוכנית והתאמתם למבוטח: החברה מסרה לי כי תכניות הביטוח המשווקות על ידה מעת לעת, לרבות זו שנרכשה על ידי, מפורסמות באתר האינטרנט של החברה. מרכיבי התוכנית הנרכשת, לרבות הכיסויים הביטוחיים ועלותם וכן החריגים לכיסוי ידועים לי. כן ידוע לי כי קיימות בחברה תוכניות ביטוח נוספות מסוגים שונים, הנבדלים מהתוכנית הנרכשת בהרכב הכיסוי הביטוחי, בעלותם ובהיקפם, ואני מאשר, כי התוכנית הנרכשת נבחרה לאחר שמצאתי אותה מתאימה לצרכי. כמו כן נמסר לי כי מעת לעת מוציאה החברה 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.

הצהרה בדבר קבלת יעוץ השקעות: אני החתום מצהיר בזה כי ידוע לי שלפי חוק הסדרת העיסוק ביעוץ רשאים ליעץ בתחום השקעות רק יועצי השקעות מטעם הרשות לניירות ערך. הובהר לי, כי סוכן הביטוח אינו מוסמך לתת לי יעוץ השקעות, ואני מאשר כי לא קיבלתי ממנו כל יעוץ כאמור. כן אני מאשר כי ניתנה לי האפשרות להיעוץ עם יועץ השקעות מטעמי, בדבר סוג השקעות וכדאיותן.

תאריך
 חתימת המועמד לביטוח
 חתימת נציג המועמד לביטוח

ח. הצהרת הסוכן

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

תאריך
 שם הסוכן
 חתימת הסוכן





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"/>	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, טרומבоза, 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/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 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/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 זהות _____ 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 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 זהות _____ חתימת המועמד לביטוח ★ _____

תק"ט 425100072 (2/10)



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
		00602	

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.
 - אחיה/נהיה רשאים לבטל מראש חיוב מסוים 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 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 הרשאה 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 ★

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		
				00602	
תאריך	בנק וסניף	חתימה וחותמת הסניף			

תשלום בכרטיס אשראי בהוראת קבע

(לא ניתן לשלם באמצעות כרטיס אשראי החזרי הלואה)

בעל כרטיס אשראי:		אני/מרגברת:		
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 האיל וניתנה על ידי הרשאה ל**מגדל חברה לביטוח בע"מ** להעביר לחברת כרטיסי האשראי חייבים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי. הגני מסכים כי הסדר זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום לפני מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר.

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

חתימת
בעלי
החשבון ★

תאריך



011200505050210

עמוד מספר 5 מתוך 5 דפים

קוד מספר 112