

**הצעה לביטוח פרט  
(לא מוכר כקופת גמל)**

שם הסוכן: \_\_\_\_\_ מס' סוכן: \_\_\_\_\_ שם מפקח \_\_\_\_\_ מס' פוליסה: \_\_\_\_\_

למועמד לביטוח: <input type="checkbox"/> ריסק אור 1 <input type="checkbox"/> ריסק אור 5 (תוכנית הביטוח אינה מאושרת כקופת גמל)	למועמד שני לביטוח (בן/בת זוג): <input type="checkbox"/> ריסק אור 1 <input type="checkbox"/> ריסק אור 5 (תוכנית הביטוח אינה מאושרת כקופת גמל)
--	--

**1. פרטי המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה\*** פרטי בן/בת זוג (למילוי במקרה של רכישת ביטוחים לבן/בת הזוג).

הפרטים	מועמד לביטוח	מועמד שני לביטוח בן/בת זוג
שם משפחה		
שם פרטי		
שם נוסף		
מעמד	<input type="checkbox"/> תושב ישראל <input type="checkbox"/> תושב חוץ	<input type="checkbox"/> תושב ישראל <input type="checkbox"/> תושב חוץ
מס' ת.ז./דרכון (לתושב חוץ) רצ"ב צילום ת.ז./דרכון	_____	_____
תאריך הנפקת ת.ז./דרכון		
בזיהוי לפי דרכון - ארץ הנפקת הדרכון		
תאריך לידה		
רח' _____ מס' בית _____ ישוב _____ מיקוד _____		
טלפון _____ E.mail _____		
מין	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
מצב משפחתי	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן
מקצוע		
עיסוק		
השכלה	<input type="checkbox"/> עד תיכונית <input type="checkbox"/> אקדמית <input type="checkbox"/> מקצועית	<input type="checkbox"/> עד תיכונית <input type="checkbox"/> אקדמית <input type="checkbox"/> מקצועית
הרגלי עישון	<input type="checkbox"/> אינני מעשן ולא עישנתי בעבר <input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים, ומזה _____ שנים אינני מעשן	<input type="checkbox"/> אינני מעשן ולא עישנתי בעבר <input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים, ומזה _____ שנים אינני מעשן
עיסוקים/תחביבים/אורח חיים עם סיכון מיוחד(כגון: טיס, צלילה, סנפלינג, סקי, וכו')	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט וצרף שאלון:	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט וצרף שאלון:

**\* אם המועמד לבעלות בפוליסה שונה מהמועמד לביטוח, חובה למלא פרטי המועמד לבעלות בפוליסה בטופס נפרד**

**2. פרטי ילדים (למילוי במקרה של רכישת כיסויים ביטוחיים עבור ילדים)** (יש לצרף הצהרת בריאות עבור כל אחד מהילדים המבוטחים)

שם הילד	מס' ת.ז.	תאריך לידה	מין
1.			<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
2.			<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
3.			<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
4.			<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה

**3. תקופת הביטוח, סוג הביטוח, הפרמיה ואופן התשלום**

למועמד לביטוח: תחילת ביטוח _____ תקופת הביטוח _____ שנים ביטוח עד גיל _____	למועמד שני לביטוח (בן/בת זוג): תחילת ביטוח _____ תקופת הביטוח _____ שנים ביטוח עד גיל _____
אופן תשלום: <input type="checkbox"/> 12 - חודשי (באמצעות שירות שיקים בלבד. פרמיה עד 500 ש"ח אפשר גם באמצעות כרטיס אשראי) <input type="checkbox"/> רבע שנתי <input type="checkbox"/> חצי שנתי <input type="checkbox"/> שנתי <input type="checkbox"/> שירות שיקים <input type="checkbox"/> רגיל (לשונה מחודשי בלבד)	אופן תשלום: <input type="checkbox"/> 12 - חודשי (באמצעות שירות שיקים בלבד. פרמיה עד 500 ש"ח אפשר גם באמצעות כרטיס אשראי) <input type="checkbox"/> רבע שנתי <input type="checkbox"/> חצי שנתי <input type="checkbox"/> שנתי <input type="checkbox"/> שירות שיקים <input type="checkbox"/> רגיל (לשונה מחודשי בלבד)

**ריסק למקרה פטירה**

למועמד לביטוח: <input type="checkbox"/> אור 1 <input type="checkbox"/> אור 5 פרמיה חודשית _____ ש"ח או סכום הביטוח _____ ש"ח	למועמד שני לביטוח (בן/בת זוג): <input type="checkbox"/> אור 1 <input type="checkbox"/> אור 5 פרמיה חודשית _____ ש"ח או סכום הביטוח _____ ש"ח
--	--

**5. ביטוחים נוספים וביטוחים עבור מועמד שני לביטוח ביטוחים נוספים\***

סוג הביטוח	למועמד לביטוח	עד גיל	למועמד שני לביטוח	עד גיל
מג"ל - הכנסה למשפחה	פיצוי לחודש _____ ש"ח מוטב: _____	מס' שנים _____	פיצוי לחודש _____ ש"ח מוטב: _____	מס' שנים _____
מוות מתאונה	פיצוי לחודש _____ ש"ח מוטב: _____	מס' שנים _____	פיצוי לחודש _____ ש"ח מוטב: _____	מס' שנים _____
נכות מתאונה	סכום הביטוח _____ ש"ח		סכום הביטוח _____ ש"ח	
מוות ונכות מתאונה (כולל ביטול חריג טרור)	סכום הביטוח _____ ש"ח		סכום הביטוח _____ ש"ח	

**ביטוח נוסף לאובדן כושר עבודה.**

למועמד לביטוח:	למועמד שני לביטוח (בן/בת זוג):
פיצוי חודשי _____ ש"ח <input type="checkbox"/> שלוה - א.כ.ע בפר' משתנה <input type="checkbox"/> מגדל כושר <input type="checkbox"/> שחרור <input type="checkbox"/> רגיל <input type="checkbox"/> מורחב	פיצוי חודשי _____ ש"ח <input type="checkbox"/> שלוה - א.כ.ע בפר' משתנה <input type="checkbox"/> מגדל כושר <input type="checkbox"/> שחרור <input type="checkbox"/> רגיל <input type="checkbox"/> מורחב
תקו' המתנה: <input type="checkbox"/> 3 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח'	תקו' המתנה: <input type="checkbox"/> 3 ח' <input type="checkbox"/> 6 ח'
<input type="checkbox"/> פרנציזה	<input type="checkbox"/> פרנציזה

**ביטוחים נוספים אחרים**

שם התוכנית	מועמד לביטוח	מועמד שני לביטוח	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____
	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____

\* ביטוחים נוספים עד גיל 65 או עד תום תקופת הביטוח, לפי המוקדם ביניהם. ביטוח נוסף לאי כושר עד גיל 67. ביטוח נוסף למקרה פטירה עד גיל 70.

**6. מוטבים - מועמד לביטוח - בח"י המבוטח - המבוטח.**

במות המבוטח (למעט בכיסוי מג"ל):

שם המוטב	מס' ת.ז.	קרבה למבוטח	החלק היחסי בתגמולי הביטוח

**מוטבים - מועמד שני לביטוח**

בחי" המועמד השני לביטוח - המועמד השני לביטוח. במות המועמד השני לביטוח (למעט בכיסוי מג"ל):

שם המוטב	מס' ת.ז.	קרבה למבוטח	החלק היחסי בתגמולי הביטוח

**7. הצהרות המבוטח:**

אני הח"מ מבקש להתקבל כמבוטח בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח שנבחרה בהצגה 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 לי, כי תשובות ומידע זה הינם מהותיים למבטח והם משמשים בסיס לחיזוי הביטוח בדמי הביטוח ובתנאי כיסוי כפי שהוצעו ויהיו 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, וישמר במאגרי מידע של החברה ו/או הקבוצה ו/או אצל מי מטעמה ו/או ישמש את החברה ו/או חברות מהקבוצה כמאגר דיוור ישיר ומטרתו הינה יצירת קשר וטיפול בכל העניינים הקשורים ו/או הנובעים מכל המוצרים שלי בחברה ובקבוצה ו/או הנלווים אליהם, מתן מידע לצורך ייחול וטיפול שוטף בביניים, מתן אפשרות לקבוצה להביא לידיעת 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 ופיננסיים בע"מ מחזיקה בהם, 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 חלפי, 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 מרכיבי התוכנית והתאמתם למבוטח:** החברה מסרה לי כי תכנית הביטוח המשוקלת על ידי מעת לעת, לרבות זו שנרכשה על ידי, מפורסמת 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.

**אימות נתונים מול מרשם האוכלוסין:** אני מאשר ונותן בזאת 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. אני מאשר לכם בזאת לשנות את פרטי המען בהתאם לאמור במרשם האוכלוסין

X	X	X	
חתימת מועמד שני לביטוח	חתימת המועמד לביטוח	חתימת המועמד לבעלות בפוליסה	תאריך

**8.** הריני מצהיר בזאת כי שאלתי את בעל הפוליסה ואת המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות למעלה וקיבלתי ממנו/מהם את כל הפרטים והמסמכים שפורטו/צורפו לטופס זה.

X	
חתימת הסוכן	תאריך

**הצהרת בריאות**

גובה \_\_\_\_\_ ס"מ משקל \_\_\_\_\_ ק"ג

**כן לא**

ז. מחלות חילוף חומרים, כגון: סוכרת, מחלות בלוטות, מחלות בלוטות המגן, שומנים גבוהים בדם, כולסטרול מעל 220 מ"ג%, המופליה או הפרעות אחרות הקשורות בדם.

ח. מחלות מין ועור, כגון: עגבת, פצע שאינו מתרפא, שינויים בגודל וצורה של נקודת חן, יבלת, מלנומה או סרטן עור.

ט. חולי או הדבקות הקשורות באיידס (תסמונת הכשל החיסוני) או האם הנך נושא/ת נוגדנים של איידס.

י. כאבי גב, מחלות פרקים ועצמות כגון: דלקות פרקים, ראומוטיזם, ארטריטיס, כאבי גב או מחלה אחרת.

7. האם אי פעם נדחתה או נתקבלה בתנאים מיוחדים הצעתך לביטוח חיים או בריאות בחברת ביטוח כלשהי?

8. האם הנך מקבל תרופות? \_\_\_\_\_  
 שם התרופה \_\_\_\_\_ מינון \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**אם התשובה על אחת או יותר מהשאלות 6-2 היא 'כן' נא פרט/י:**

המחלה/ההפרעה/הבדיקה/הפגיעה/הנכות \_\_\_\_\_  
 4 מתי החלה (חודש/שנה) \_\_\_\_\_  
 4 מתי הסתיימה (חודש/שנה) \_\_\_\_\_  
 4 האם החלמתך/האם ממציא הבדיקה תקינים? \_\_\_\_\_  
 4 איזה טיפול קיבלת ומתי (חודש/שנה) \_\_\_\_\_  
 4 האם היית מאושפז? מתי (חודש/שנה) \_\_\_\_\_  
 4 במידה והסתיימה, האם המחלה/בדיקה \_\_\_\_\_  
 חזרה מספר פעמים? \_\_\_\_\_  
 4 האם נקבעו לך אחוזי נכות? \_\_\_\_\_ כן  לא

**9. מוסד רפואי**

שם קופת החולים \_\_\_\_\_  
 סניף \_\_\_\_\_  
 שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_  
 כתובת הרופא או הסניף \_\_\_\_\_

**כן לא**

1. **א. עישון:**  
 אני מעשן/ת \_\_\_\_\_ סיגריות ליום, החל משנת \_\_\_\_\_  
 בעבר עישנתי \_\_\_\_\_ סיגריות ליום, החל משנת \_\_\_\_\_ ועד שנת \_\_\_\_\_

**ב. אלכוהול:**  
 אני צורך/ת/צרכתי מעבר לליטר אלכוהול בשבוע החל משנת \_\_\_\_\_ ועד שנת \_\_\_\_\_.

**ג. סמים:**  
 אני צורך/ת/צרכתי סמים. מזה \_\_\_\_\_ שנים שאיני צורך סמים. צי"ו/ את סוג הסמים מתי ובמשך איזו תקופה (חודש/שנה) \_\_\_\_\_

2. האם הנך חולה כעת במחלה כלשהיא, מקבל/ת טיפול רפואי, האם נפצעת בתאונה, או עברת בדיקות ב-3 חודשים אחרונים?

3. האם ייעצו לך לעבור ניתוח או אושפזת בבית חולים ב-10 השנים האחרונות? האם עברת אי פעם ניתוח?

4. האם הנך בריא/ה כעת, מסוגל/ת לעבוד בעבודתך במשרה מלאה והאם היית בריא/ה ומסוגל/ת לעבוד ב-12 החודשים האחרונים לפני מילוי הצהרה זו?

5. האם נעדרת מהעבודה בשל מחלה למעלה מחודש ב-5 השנים האחרונות?

6. האם הנך סובל/ת או סבלת בעבר מאחת המחלות/הפרעות להלן:  
 א. סרטן, גידול, גוש או ממאירות.

ב. מחלות העצבים והחושים כגון שיתוקים, סחרחורת והתעלפויות, 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, שעול ממושך, אמפיזמה, מחלת קרום הריאה או מחלה אחרת.

ד. מחלות לב וכלי הדם, כגון: התקף לב, אוטם, טרומבוזה, אנגינה פקטוריס, לחץ דם גבוה, אי ספיקת לב, הפרעות קצב הלב, או מחלה אחרת.

ה. מחלות דרכי העיכול, כגון: אולקוס (כיב קיבה או תריסריון), מחלות מעיים, דימום מודרכי העיכול, מחלות כבד וכיס מרה, חולי או בדיקות הקשורות במחלות צהבת (מסוג HEPATITIS), דם סמוי בצואה או מחלה אחרת.

ו. מחלות כליה ודרכי השתן, כגון: מחלות או זיהומים בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה או מחלה אחרת.

**10. הצהרות:**

א. אני/הח"מ מצהיר/ים בזה שכל התשובות שנתתי/נו בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. אני/ו מתחייב/ים אם נדרש לכך על ידי החברה, להיבדק בדיקה רפואית על ידי רופאי החברה והתשובות שתימסרנה על ידי רופאי החברה תישבנה כחלק מהצעת/נו. ידוע לי/נו שהביטוח נכנס לתוקפו, רק לאחר שהחברה הודיעה על תנאי קבלת רגילים, או במקרה והחברה הודיעה על תנאי קבלת מיוחדים, רק לאחר הסכמתי/נו להם, ובתנאי נוסף שמיום הבדיקה או מיום החתימה על הצהרת הבריאות ועד ליום שבו החליטה החברה על הסכמתה לעריכת הפוליסה לא חל כל שינוי במצב בריאותי/נו, באורח חיי/נו ובעיסוקי/נו.

ב. הודעה לפי סעיף 11 לחוק הגנת הפרטיות: בסעיף זה "החברה" משמעותו מגדל לביטוח בע"מ, וחברות וגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח בע"מ. אני הח"מ מאשר בזאת שהמידע המבוקש שמסרתי במסגרת הצעה זו נמסר מרצוני ובהסכמתי. המידע והנתונים שמסרתי וכל עדכון שלהם יישמרו במאגרי המידע של החברה וישמשו לבחינת ההצעה, להוצאת פוליסות, לניהול השוטף של תיק הביטוח ו/או של תיק ההשקעות של המוצרים הפיננסיים שרכשתי בחברה, למתן שירותים במסגרת פוליסות הביטוח, ליצירת קשר ולפניה בהזמנה להציע הצעות לרכישת פוליסות ביטוח, קרנות גמל, קרנות פנסיה, קרנות נאמנות ומוצרים פיננסיים נוספים. במסגרת זאת החברה רשאית להעביר את המידע המתחייב אלי גם לכל גוף משפטי מבין אלו הנכללים במונח "החברה" וכן לסוכן הביטוח המטפל בפוליסה. אם החברה תארגן את פעילותה במסגרת תאגיד אחר או תתמזג עם גוף אחר, היא תהיה זכאית להעביר לתאגיד החדש העתק מן המידע שאגור אודותי ובלבד שתאגיד זה יקבל על עצמו כלפי את הוראות הודעה זו.

**ידוע לי/נו כי הצהרת הבריאות והצהרת המבוטח נכונותן הן תנאי לחבות המבוטח.**

חתימת המבוטח \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ X חתימה



**יתור על סודיות רפואית**

אני/הח"מ, בשמי/נו ובשם ילדי, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאפוסטרופוס/ית טבעי/ת 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 ביטוח, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון למסור ל"מגדל חברה לביטוח בע"מ", ו/או ל"מגדל ניהול קרנות פנסיה 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 שהנינו/ו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד, והנני/ו משהחרימ/ם אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי/נו ו/או מחלותי/נו כנ"ל, ומוותר/ים על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי/נו אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי/נו, את עובדי/נו ובאי/נו החוקים ומל משיבא במקומי/נו, וכן הנני/ו מייפה/ים את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי/נו.

חתימת המבוטח \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ X חתימה

## הוראה לחיוב חשבון

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה		קוד מוסד	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה
		סניף	בנק		
				0 0 6 0 2	

### לכבוד

בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ כתובת הסניף \_\_\_\_\_

אני והח"מ \_\_\_\_\_ שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מס' זהות/ח.פ. \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

- נתונים/ים לכם בזה הוראה לחיוב חשבונ/ינו הנ"ל בסניפכם בגין פרמיית ביטוח חיים או בריאות בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מידי פעם באמצעי מגנט, או רשימות ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ, כמפורט מטה ב"פרטי הרשאה".
- ידוע לנו כי:
  - הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ולמגדל חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף, יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
  - אהיה/נהיה רשא/ם לבטל מראש חיוב מסויים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/ינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
  - אהיה/נהיה רשאים לבטל מראש 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 שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
  - ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תשלח לי/לנו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
  - הבנק יפעל בהתאם להוראת בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
  - הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך וידיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
  - נא לאשר למגדל חברה לביטוח בע"מ בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.

### פרטי הרשאה

**סכום החיוב ומועדו יקבע מעת לעת ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ עפ"י תנאי הפוליסה/ות ותוספותיה/ן.**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 תאריך  
 \_\_\_\_\_  
 חתימת בעל החשבון

אישור הבנק לכב' **מגדל חברה לביטוח בע"מ** ת.ד. 20310 ת"א 61202

קיבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעות מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונ/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/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה		קוד מוסד	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה
		סניף	בנק		
				0 0 6 0 2	

תאריך: \_\_\_\_\_ בנק וסניף: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הסניף: \_\_\_\_\_

## תשלום כרטיס אשראי בהוראת קבע

אני מר/גב' \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

בעל כרטיס אשראי מסוג ויזה/ישראכרט (מחק את המיותר) שמספרו \_\_\_\_\_ בתוקף עד \_\_\_\_\_ 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 לחברת הביטוח להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי 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 החשבון

### אישור עובד החברה לבדיקת פרטי כרטיס האשראי

נבדק ואושר ע"י פקיד ביטוח חיים \_\_\_\_\_ בתאריך: \_\_\_\_\_ חתימת הבודק \_\_\_\_\_

קוד מסמך 112