



הטופס מיועד לנשים וגברים אחד
ש למלא את הטופס **בעט בלבד** ולא בעפרון

תאריך מוקש להתחלה הביטוח

לתשומת ליבך, תאריך מבוקש זה איננו
מחייב את החברה.

הצעה לביטוח סיעודי

כוכם מסכום

השימוש בטופס זה הינו בזמן מוגבל בלבד, כפי שיקבע ע"י החברה

א. פרטי המבוטחים בפוליסת

שם מלא / מס' זהות / קרבה		שם מילא / מס' זהות / קרבה	שם פרטי	שם המשפחה	מספר זהות	מצביע
שם פרטי	שם מילא / מס' זהות / קרבה	שם מילא / מס' זהות / קרבה	שם פרטי	שם המשפחה	מספר זהות	מצביע
של רashi	שם מילא / מס' זהות / קרבה	שם מילא / מס' זהות / קרבה	שם פרטי	שם המשפחה	מספר זהות	מצביע
בorth ZOOG	שם מילא / מס' זהות / קרבה	שם מילא / מס' זהות / קרבה	שם פרטי	שם המשפחה	מספר זהות	מצביע
רashi / nazin	שם מילא / מס' זהות / קרבה	שם מילא / מס' זהות / קרבה	שם פרטי	שם המשפחה	מספר זהות	מצביע

אנו מבקש לקבל את החלטה, לרבות התנאים הכלליים ומשמעותם החיצונית באמצאות דואר אלקטורי מאובטח. במקרה זה תשלחוטלפון הסולרי הרשום לעיל סיסמה אישית, אותה יש להקליד לצורך פתיחת ההודעה. איני מעוניין לקבל את מסמכי החיצונית בדואר אלקטורי מאובטח.

ב. תכנית הסיעוד המבוקשת

התקנית מוסמך	תקופת המתנה 60 חודשים פייצ' חדשני בש"ח	תקופת המתנה 36 חודשים פייצ' חדשני בש"ח	תקופת פייצ' חדשני בש"ח	סכום פייצ' חדשני בש"ח	תקופת פייצ' בשנים	מגדל סיעוד +*	מגדל סיעוד תקופת המתנה 90 ימים	מגדל דואגים למחור +*	מגדל דואגים למחור תקופת המתנה 45 ימים	התקנית למחור
ראשי					□ □ 8 □ □ 5 □ כל החיים	□	□	□	□	
בן/בת זוג					□ □ 8 □ □ 5 □ כל החיים	□	□	□	□	
ילדים מגדל 3					□ □ 8 □ □ 5 □ כל החיים	□	□	□	□	

הצהרה בגין רכישת פוליסה לביטוח סייעוד עם תקופת המתנה בת □ 36 חודשים □ 60 חודשים

אני מודע לכך כי במהלך תקופת הממתנה \square 36 חודשים / \square 60 חודשים, שתחילה במועד קורת הביטוח, לא יהיה זכאי לקבל תגמול הביטוח מכוחה של פוליסיה זו. ככלומר חברות הביטוח תחייב לשולם לי תגמול ביטוח רק לאחר שאביה במצב סיעודי במשך \square 36 חודשים / \square 60 חודשים. החלטתי כי אני מעוניין לרכוש כיסוי זה.

חתיימת מועדן ראשין /
אנו שוללים לילדות גוד גולן

חתימת
בן/בת
זון

ANSWER

מאריך

*
███ בקוטן הפאצ'י זמאנין זמאנין / מזאנין פישאנין + בימי נסיבות הפאצ'י ברים בפראונד ישולם נסיבות כזאל

ג. הארת בריאות

שם ילך 4		שם ילך 3		שם ילך 2		שם ילך 1		שם ילך 0		סמןכן / לא		אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשות בסוגרים) ולצרף מסמכים רפואיים		ב/בת זוג		ראשי/ נציג	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא								
														1. האם אמה נמצאה כתעת או שוריית-3 החודשים האחרונים בטיפול רפואי לרבות טיפול תרופתי, או תחת השגשה רפואי או במקביל בירור רפואי או עברתת-3 החודשים האחרונים בדיקות שאינן בדיקות שגרתיות?			
														2. האם אתה סובל או סבלת בעבר מ:			
														א. מחלות לב, מחלות דם [2] ו/או מחלות בכלי הדם [14],Ai- ספיקת כלות או מחלות כליה אחרות או מחלות בדריכי השתן [15], מחלות ריאה ודריכי הנשימה [16], מחלות כבד [6], צבתת, סוכרת [7], איידס?			
														ב. גידול שפיר או ממאייר (סרטן)?			
														ג. מחלות העצבים, מוח, אפיילטוסיה [4], הפרעות בראייה (עדשה 8 ומעלה) או חרשות [21], פירקינסון, אלץ'הימר, דמאנזה, היפרוטזיס ביברכן, טרשת ופצעה, אופיזם, זאתם, גושה, הרכשות ופשיות [13], מחלת ניוניט או עברתת בטבר אריגו מוחי (AD, CVA)?			
														3. האם במסך 5 השים הארכורנות נפקעת מתאוננה [10] או אופשית בבית חולים כתצואה ממחלה או תאונה [3] או האם נקבעה לר' נכות קניתת זמנית או קבועה ו/או אתה מגבל ו/או נוצר באדם לאחר בכיבוע הבעיות הבאות: ליקום ולשכוב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ והתגלח, לאוכל ולשתות, לשוט על הסוגרים או ליכת?			
														4. האם אתה מטען או עשנת במהלך 3 השנים האחרונות?			

ד. הצהרות - הצהרה זו מתייחסת לכל אחד מן המועמדים לbijוט הנ"ל:

1. כל התשובות המפורחות בהצעה ובזהרת הבリアות לעיל הן נכונות ומלואות. בהתאם להוראות החוק, תשובה שאינה מלאה וכןנה להזהרת הבリアות עלולה לנגרום לביטול של הכספי המבוקש או לתשולם תגמולו ביטוח מופחתים או לשליית הזכות לקבל תגמול הbiteוח.
2. אף מאשר בזאת שהמידע שמשרטי בהצעה זו נמסר מרצוי ובנסיבות ימיעץ זה וכל מידע שיתקבל בעתידי, ישמרו במANGER המידע של מגן חברה לביטוח בע"מ יותר חברות קבוצת מגן יושמשו לכל עניין הקשור להצהרות לביטוח, לרשות קשרות, שירות שופף, דיוור ישירות ופתרונות שיווקיות.
3. איני מעוניין שתשלחו אליו עדכונים ופניות לגבי מוצרים / שירותים קיימים וחדשים.
4. ידוע לי כי הביטוח יכנס לתוקף, בכפוף לאישור המבטח בכתב לאחר הליך חיותם, החל מיום התחלת הביטוח הנקבע בדף פרטי הביטוח.
5. הלהפה/שייפוי פוליסה: האם יש לבדוק פוליסות בריאות בתוקף? כן לא.
6. אם התשובה היא "כן", כחלק מרכישת פוליסה זו, האם פוליסות או/ו לביטוח בריאות לרבות נספחים שברשותך:

 - a. עשוות להתבצע או יתבצע באופן חלקי או מלא, יסתהו בכל דרך אחרת? כן לא
 - b. ככלık מרכישת פוליסת ביוטח חדש ו/או נספחים למילסה צו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התקנות, בסכומי הביטוח או בפרקיה? כן לא

תשובה חיובית לסעיף א' או ב' מחייבת את הסוכן להציג לך מסמך השווהה כתנאי להמשך הטיפול בערךת פוליסת ביוטח חדשה.

חותמת ב/בת זוג ★	חותמת מבוטה ראשי / בעל הפוליסה ★	תאריך
------------------------	--	-------

ה. הצהרות הסוכן

1. אף מאשר כשאלתי את החותמים הנ"ל את כל השאלות בטופס הצעה זו, התשובות הן כפי שנמסרו לי עליידם ולאחר שהציגו בפנייהם את טופס גלי נאות הם חתמו לעיל לפניי.
2. לਮיטב הבנתי נכוןה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביוטח בריאות שבתקופה: כן לא.
3. אף מאשר כי האגנט לחומודים לbijוטח את לוח הפרמיות ואת ערכי הסיכון לתוכיות סיעודי בביטחון שווי זכיינית או בביטוח פוליסת פרטית או קבוצתית. כמו כן כהברה לbijוטח רכישת הפוליסה מותנית בהיותו מבוטח בביטחון שווי זכיינית במסגרת פוליסת פרטית או קבוצתית. כמו כן כהברה לbijוטח את מהות הכספי הביטוחי כולל התקופת ההמתנה 60 חודשים (5 שנים), בה המבוטח לא יהיה זכאי לתגמול הכספי עלי"פ תנאים פוליסה זו. עלי"פ מה שנמסר לי אישית עלי"די המועמד לביטוח ולטיפול הבנתני, לכל אחד מהמועמדים לביטוח בטבלה לעיל, קיים כPsi ביוטח הינו בפוליסת הסיעוד כמפורט בטופס סיעודי פרטי, קבוצתי בkowski או קבוצתי אחר.
4. הזהרת הסוכן ברכשות "מגן דואגים למחר משללים" / "מגן דואגים למחר משללים+" אף מאשר כי הברה לbijוטח רכישת הפוליסה מותנית בהיותו מבוטח בביטחון שווי זכיינית במסגרת פוליסת פרטית או קבוצתית. כמו כן כהברה לbijוטח למועמד לביטוח את מהות הכספי הביטוחי כולל התקופת ההמתנה 60 חודשים (5 שנים), בה המבוטח לא יהיה זכאי לתגמול הכספי עלי"פ תנאים פוליסה זו. עלי"פ מה שנמסר לי אישית עלי"די המועמד לביטוח ולטיפול הבנתני, לכל אחד מהמועמדים לביטוח בטבלה לעיל, קיים כPsi ביוטח הינו בפוליסת הסיעוד כמפורט בטופס סיעודי פרטי, קבוצתי בkowski או קבוצתי אחר.

חותמת הסוכן ★





טופס הוראת תשלום דמי הביטוח

599 טופס מס' 9

יש לבחור באחד מאמצעי הגביה של להלן:

תשלום בכרטיס אשראי / באמצעות גבייה בפולישה קיימת

למבוטח מגדל בלבד: אבקש לגבות את הפרטיה עפ"י אמצעי תשלום בפוליסת מס' _____ ובתנאי שאני המשלם.

כרטיס אשראי – בחר את סוג הCARTEIS המתאים:

מספר זהות בעל הכרטיס	שם בעל הכרטיס	תוקף הכרטיס	מספר הכרטיס

דוע ל' ביצוע הסדר התשלומים האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגביו כל חיבור שיעבור אליו על ידי חברת הביטוח.

דוע ל' כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברות האשראי לגבי כל חיב שיעבר אליה על ידי חברת הביטוח.

חתימת בגלו/ החשבון ★			
	תאריך	תאריך	תאריך

תשלום בהוראת קבוע

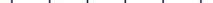
שם הבנק		מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מודד	מספר פולישה / תכנית
מיקוד	ת"ד	מספר בית	כתובת הסניף (רחוב)	"ישוב"	

הרשאה כללית שאינה כוללת הנבלות
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מהנבלות הבאות:
 תקנת סכום החוב _____ ש"ח מועד פיקוח הרשאה ביום _____
 (אם ישלווח על ידי המונב חייבים שאינם עומדים בהגבלה שקבעו הם יוזרו ע"י הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך)

בתשומת ליכם - א' סימן אחד מהקליפות המזgoות לעיל, משמשה בחירה בהרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות

1. מותנים למס' בהזהר להקים בחשבוני/נו הנ"ל הרשה לחזיב חשבוני/נו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכמ' מדי פעם בפער ע"י המוטב באמצעות קוד המוטב, בכפוף למוגבלות שסומנו לעיל (כלל שסומנו).
 2. כמו כן, יחולו הוראות הבאות:
 - א. עליהם לקבל מוחזק את הפרסום הנדרשים למיילי הבקשה להקמת הרשותה לחזיב חשבון.
 - ב. הרשותה זו ניתנת לביטול ע"י הדינה ממשי/איתנה בכתב לבנק שתכנס לתוקף ים עסקיים אחד לאחר מתן הודעה לבנק ונינתן לביטול ע"י הרשותה כל דין.
 - ג. אהיה/נהיה רשות/ם לבטל חוות מסוים בלבד, שהודעה על ידי/נו בכתב לבנק, לא יותר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החזיב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החזיב, הזיכוי יושה בערך ים מתן הודעה הביטול.
 - ד. אהיה/נהיה רשות/ם לדרש מהבנק בהודעה בכתב לבטל חוות אם תואם את מועד פיקעת התוקף שנקבע בהרשותה, או את הסכומים שנקבעו בהרשותה, אם נקבעו.
 3. הבנק אינו אחראי בכלל הנגע לעסקה שביעין למשך המוטב.
 4. הרשותה שללא עשויה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החזיב האחרון, בטללה.
 5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשותה זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שביעין בין הבנק.
 6. הבנק רשאי להוציאני/י מן ההסדר המפורט בכתב הרשותה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, יודיע לי/לן על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
 7. אם/אם מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

פרטי הרשאה: סכום החיבור ומועד יקבשו מעת לעת ע"י מגדל חברה לbijוטה בע"מ ע"פ תנאי הפולישה/ות / התכנית/ות ותוספותיה/ו.

<input type="checkbox"/> חתימת בעל/ ★ החשבון		תאריך
---	---	--------------

אישור הבנק לכבוד **מגדל חברה לביטוח בע"מ** ת.ד. 3063 פ"ת מיקוד 4951106

לכדי חיבור בסכומים ובמועדים שונים או בזמנים מוגנים או ברשימות שתציגו לנו מדי-
קיבולם הוראות מ-

בעט בעט מס' ואשר מס' רשום בנקה יהיה נקוב בהם והכל בהתאם למפורט בכתב הרשותה. רשמו לפנינו את ההוראות ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהייה
מניעה חוקית או אחרת לטבצען, כל עוד לא התקבלה אצלנו ביטול בכתב עלי-ידי בעיל' החשבון, או כל עוד לא הוציאו בעיל' החשבון מן הסדר. אישור זה לא יגע בהתחייבותיכם כלפים
ללא כהיבט של סכום או מועד או מקום או רשותה של הרשותה.

חתימה
וחותמת
הסניר

