



מספר הסכם	מספר הסוכן	מספר פוליסה
שם הסוכן		שם המפקח

תאריך מבוקש להתחלת הביטוח			
שנה	חודש	יום	מועד התחלת הביטוח המבוקש יכול להיות מועד מילוי ההצעה או ה-1 לחודש העוקב בלבד.
לתשומת ליבך, תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה. הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת תקופת הביטוח.			

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

## הצעה לביטוח סיעוד ומחלות קשות

טופס מספר 398

יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות.

א. פרטי המועמדים לביטוח									
השאלה				מועמד ראשי		בן/בת זוג			
				כן	לא	כן	לא		
האם המועמד לביטוח הוא אזרח ישראל?									
האם בתקופה של 12 החודשים שקדמו לתאריך הצעה זו, המועמד לביטוח התגורר בישראל לפחות 180 ימים?									
מבטוח	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	עיסוק			
הראשי					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				
בן/בת זוג					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				
ילדים עד גיל 17	1				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				
	2				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				
	3				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				
	4				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				
פרטי הנציג* וכתובתו	יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד	מספר טלפון		
				דואר אלקטרוני			מס' טלפון נייד		
<input type="checkbox"/> אני מסכים / <input type="checkbox"/> אני לא מסכים: לקבל את הפוליסה ומיידעים בקשר אליה, כולל הודעות על חידוש והודעות בקשר לניהולה השוטף באמצעות דוא"ל:									

פרטים נוספים						
מועמד	מצב משפחתי	שם קופת חולים				מוטבים
		מכבי	כללית	מאוחדת	לאומית	
ראשי	ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>היורשים על פי הדין</b> באפשרותך למנות מוטבים אחרים, באמצעות טופס מס' 568 הוראה למינוי מוטבים, שעליך למלא ולשלוח למגדל.
בן/בת זוג	ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ילדים		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

אופן תשלום דמי הביטוח
מועדי תשלום דמי הביטוח:
<input type="checkbox"/> חודשי* <input type="checkbox"/> רבע שנתי <input type="checkbox"/> חצי שנתי <input type="checkbox"/> שנתי
* באמצעות כרטיס אשראי או הוראת קבע עפ"י טופס מס' 599.

ב. סיעוד - מגדל דואגים למחר			
התכנית	תקופת המתנה 45 ימים		מסלול משלים
	תקופת פיצוי בשנים	סכום פיצוי חודשי בש"ח	
מבטוח			
ראשי	3 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/>		תקופת המתנה 36 חודשים פיצוי חודשי בש"ח
בן/בת זוג	3 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/>		תקופת המתנה 60 חודשים פיצוי חודשי בש"ח
ילדים מגיל 3	3 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/>		



0149420120106011017

עמוד 1 מתוך 6 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 494



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

מגדל בריאות

ד. נספחים וכתבי שירות (*)				ג. מחלות קשות		
ייעוץ אונליין	אבחון מהיר וליווי רפואי	ייעוץ ובדיקות אבחנתיות - אמבולטורי	התכנית מבטוח	מזור לסרטן	מזור מורחב עד 250,000 ש"ח	התכנית מבטוח
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ראשי	ש"ח	ש"ח	ראשי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בן/בת זוג	ש"ח	ש"ח	בן/בת זוג
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ילדים	ש"ח	ש"ח	ילדים

(\*) יש לרכוש למועמד סיעוד ו/או מזור מורחב ו/או מזור לסרטן, במקרה בו מבקשים לרכוש אחד או יותר מהנספחים / כתבי השירות.

**ה. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול לחוד על מבטוח (מבוגר), על בן/בת זוג ועל כל אחד מן הילדים המבטוחים**

שם ילד 1								שם ילד 2								שם ילד 3								שם ילד 4								מועמד ראשי				בן/בת זוג			
לא				כן				לא				כן				לא				כן				לא				כן				לא				כן			
אורח חיים ורקע רפואי																גובה בס"מ				משקל בק"ג				ילדים מגיל 10 בלבד															
האם ב-5 השנים האחרונות:																1																							
א. עברת בדיקה רפואית אבחנתית לרבות בדיקת הדמיה ו/או בדיקה פולשנית ונמצא בה ממצא שהצריך ברור/מעקב רפואי ו/או הינך נמצאת כיום במהלך של בדיקות רפואיות אלו שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית בגינך?																																							
ב. הנך נוטל/ת או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע או הינך נמצאת/ת כעת במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית? (21)																																							
ג. נפצעת מתאונה (10) או אושפזת בבית חולים כתוצאה ממחלה או תאונה? (3) או נקבעה לך נכות קיימת זמנית או קבועה ו/או מוגבל ו/או נעזר באדם אחר בביצוע הפעולות היומיומיות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים או ללכת?																																							
א. האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק) אם כן, ציין מס' סיגריות/פעמים שמעשן ביום																2																							
ב. אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות?																																							

**האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחת או יותר מהמערכות / נושאים הבאים:**

1 מחלות לב, מחלות דם (2) ו/או מחלות בכלי הדם (14)																																			
2 אי-ספיקת כליות או מחלות כליה אחרות או מחלות בדרכי השתן (15) (16)																																			
3 מחלות ריאה ודרכי הנשימה (1)																																			
4 דרכי עיכול, מחלות כבד (6), צהבת																																			
5 סוכרת (7)																																			
6 איידס ו/או נשאות HIV, זאבת?																																			
7 מערכת החושים: הפרעות בראייה(עדשה 8 ומעלה) (11) או חרשות (12)																																			
8 מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני? (24)																																			
9 מחלות העצבים, מוח לרבות אפילפסיה (4), פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוק, פוליו, פיגור שכלי, תסמונת דאון, אוטיזם, מחלה ניוונית או עברת בעבר אירוע מוחי (CVA, TIA)?																																			
10 האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות?																																			

**ו. אישור תנאי קבלה מראש - אני מסכים ומאשר מראש:**

- רכישת התכנית/ות המבוקשת/ות גם במקרה בו נדרש עקב הליך החיתום לשלם תוספת חיתומית על דמי הביטוח בגובה של עד 100% בגין \_\_\_\_\_
- ידוע לי כי החברה תהיה רשאית לקבוע תנאי חיתום אחרים ו/או להתנות את קבלתי לתכנית/ות המבוקשת/ות בתוספת רפואית גבוהה יותר בגין מצבי הבריאותי ובמקרה זה תשלח אלי הודעה בתום הליך החיתום.
- יודגש כי אין חובה לחתום על אישור תנאי קבלה מראש. ניתן לבחירתך, להגיש לחברה את טופס ההצעה ללא חתימה מטה על סעיף זה. במקרה זה, בתום הליך החיתום יישלח טופס אישור תנאים לחתימתך, כתנאי להפקת הפוליסה.

חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18 ★	חתימת בן/בת זוג ★	תאריך

מק"ט 522110055 (מחזורת 10.2017)



014943980206011017

עמוד 2 מתוך 6 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 113/494



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

**ז. הצהרות (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי) - בהסכמתך לעריכת הביטוח הנך מצהיר, מתחייב ומסכים, להצהרות שלהלן:**

- כל התשובות והמידע שמסרת ותמסור בהצעה ובהצהרת הבריאות הנכונות ומלאות, וישמשו בסיס לעריכת הביטוח ויהוו חלק מהפוליסה.
- לאחר בירור צרכי המועמד/ים לביטוח נמצאה התוכנית המבוקשת מתאימה.
- פיצול מועמדים/ים בהליך ההצטרפות:** ידוע לי כי במקום בו אפשר לצרף חלק מן המועמדים לביטוח ואילו המועמדים האחרים נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה, יתקבלו לביטוח אותם מועמדים שאפשר לקבלם. לגבי יתר המועמדים - מועמדותם לביטוח תבחן בתום הליך החיתום.  
 המועמד/ים מעוניינים באפשרות פיצול זו
- למגדל רשות לדחות את ההצעה או לקבלה בהתאם לסיכון הביטוחי, להוראות הדין והפוליסה. ככל שתתקבל לביטוח, הוא ייכנס לתוקף במועד המפורט בדף פרטי הביטוח.
- איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי:** רשות שוק ההון ביטוח וחסכון ("הרשות") במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר לרשות אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. לנוחותך, תוכל למלא בקשה להסרת פרטיך מהממשק באמצעות טופס דיגיטלי באתר האינטרנט של חברתנו בכתובת: [www.migdal.co.il](http://www.migdal.co.il) לידעיתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
- הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות**  
אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ וכן בגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ/או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע שמסרתי ימסר לסוכן הביטוח/בעל רישיון לצרכי שירות לגורמים נוספים כמתחייב בדין (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגידי).
- ידוע לי שניתן לבטל את תוכנית/יות הביטוח או כל אחת מהן בכל עת בכפוף להודעה בכתב לחברה.** בקשה לשינוי או לביטול הפוליסה, צריכה להיות מועברת למגדל בכתב בלבד. החברה לא יכולה להתנות ביטול תוכנית אחת באחרת, אלא במקרה של ביטול תוכניות/נוספות/נוספות המוצר/ות המוצר/ות כנספח לתוכנית יסודית שבוטלה או במקרה של ביטול כל התוכניות היסודיות.
- לתכניות מסוג מחלות קשות ו/או נספחים ו/או כתבי שירות: תקופת הביטוח הינה כנקוב בדף פרטי הביטוח.** חידוש הפוליסה ביום 1.6.2018 ובכל שנתיים לאחר מכן, יעשה, בכפוף להוראות הסדר התחיקתי, באותם תנאים או בתנאים שונים, ובפרמיה שתקבע ע"י החברה במועד החידוש.
- פוליסה/ות קיימת/ות בביטוח רלוונטי:**

ילדים		בן/בת זוג		ראשי	
כן	לא	כן	לא	כן	לא
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- האם יש בידך פוליסה קיימת בביטוח רלוונטי לתכניות/ות המבוקשת/ות? אם התשובה לשאלה א' היא "כן"
- האם כוונתך לבטל או להקטין את היקף הכיסוי בפוליסה/ות קיימת/ות? אם התשובה לשאלה ב' היא "כן"
- האם ברצונך כי בקשת הביטול תשלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת:  
 על ידך  
 על ידי סוכן הביטוח - יש למסור לסוכן טופס בקשת ביטול מס' 305 חתום.  
 על ידי חברת הביטוח מגדל - יש לצרף טופס בקשת ביטול מס' 305 חתום ולציין את שם חברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת: \_\_\_\_\_

	תחיתם מועמד ראשי/ נציג מועמדים עד גיל 18 ★	
תחיתם בן/בת זוג ★		תאריך

**ח. אישור המועמד/ים להצטרפות לתכנית נוספת המעניקה פיצוי במגדל**

הצהרה זו רלוונטית לתכניות מסוג: מחלות קשות, סיעוד ו/או תאונות אישיות.  
 הנני מבקש להצטרף לתכנית המבוקשת על אף שיש בידי פוליסה קיימת במגדל המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה וכי ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח (פרמיות) עבור שתי הפוליסות.  
 אישור זה יחול גם במקרה של הגדלת סכום ביטוח ו/או רכישת כיסויים נוספים בפוליסה קיימת בחברה.

	תחיתם מועמד ראשי/ נציג מועמדים עד גיל 18 ★	
תחיתם בן/בת זוג ★		תאריך

אין באמור בכדי להוות אישור החברה על ביטוח קיים בתוקף במגדל.

**ט. הסכמה לפניות שיווקיות**

אני מסכים/ם, לא מסכים כי המידע ישמש את מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לרבות סוכן הביטוח שלי, לצורך שיווק ודיוור ישיר אודות כיסויים ביטוחיים ומוצרים ו/או שירותים פנסיוניים, פיננסיים ואחרים ולפנייה בהצעה לרכישתם, וזאת בין היתר באמצעות פקסימיליה, הודעה אלקטרונית (דוא"ל), הודעת מסר קצר (SMS), מערכת חיגו אוטומטי או כל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה השיווקית באמצעות סוכן הביטוח או באתר מגדל או פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה. טלפון 03-9201010, דואר אלקטרוני [mokedbi@migdal.co.il](mailto:mokedbi@migdal.co.il)

	תחיתם מועמד ראשי/ נציג מועמדים עד גיל 18 ★	
תחיתם בן/בת זוג ★		תאריך





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

### י. הצהרות הסוכן - אני מאשר כי:

1. אני מאשר כי שאלתי את החותמים הנ"ל את כל השאלות בטופס הצעה זה, התשובות הן כפי שנמסרו לי על-ידים ולאחר שהצגתי בפניהם את טופס גילוי נאות הם חתמו לעיל.
2. במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמדים לביטוח והצעתי לו/להם ביטוח התואם את צרכיו/הם.
3. ברכישת ביטוח סיעוד אני מאשר כי הצגתי למועמדים לביטוח את לוח הפרמיות ואת ערכי הסילוק של תכנית הסיעוד המבוקשת בטופס זה.

חתימת  
הסוכן ★

תאריך





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

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

## הצהרה בנוגע לרכישת פוליסה לביטוח סיעוד עם תקופת המתנה בת 36 חודשים, 60 חודשים

טופס מספר **371**

יש למלא טופס זה, בכל מקרה בו מוגשת הצעה לחברה לרכישה ביטוח סיעודי במסלול משלים. יש לסמן את תקופת ההמתנה, כפי שצויין גם בהצעה לביטוח.

### א. הצהרת המועמד הראשי

אני מודע לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה  36 חודשים,  60 חודשים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאי לקבל תגמולי הביטוח מכוחה של פוליסה זו. כלומר חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך  36 חודשים,  60 חודשים, החלטתי כי אני מעוניין לרכוש כיסוי זה.

	* חתימה	שם המועמד	תאריך
--	---------	-----------	-------

### ב. הצהרת בן / בת זוג

אני מודע לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה  36 חודשים,  60 חודשים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאי לקבל תגמולי הביטוח מכוחה של פוליסה זו. כלומר חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך  36 חודשים,  60 חודשים, החלטתי כי אני מעוניין לרכוש כיסוי זה.

	* חתימה	שם המועמד	תאריך
--	---------	-----------	-------

### ג. הצהרה עבור הילדים

אני מודע לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה  36 חודשים,  60 חודשים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאי לקבל תגמולי הביטוח מכוחה של פוליסה זו. כלומר חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך  36 חודשים,  60 חודשים, החלטתי כי אני מעוניין לרכוש כיסוי זה.

	* חתימת המועמד הראשי / הנציג	שם המועמד	תאריך
--	------------------------------	-----------	-------



018953710506190416

עמוד 5 מתוך 6 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 895



# טופס הוראת תשלום דמי הביטוח

טופס מספר **599**

יש לבחור באחד מאמצעי הגבייה שלהלן:

## תשלום בכרטיס אשראי / באמצעי גבייה בפוליסה קיימת

למבוטח מגדל בלבד: אני נותן בזאת הרשאה לגבות את הפרמיה בתוכנית/ות המבוקשת/ות באמצעי התשלום הניתן במסגרת פוליסה מספר \_\_\_\_\_ ובתנאי שאני המשלם. אישורי זה מתיר לחברה את השימוש באמצעי תשלום זה לצורך הליך הצירוף וגביית הפרמיה עבור התוכנית/ות המבוקשת/ות בטופס זה.

כרטיס אשראי - (בחר את סוג הכרטיס המתאים):  ויזה  ישראלכרט  דינרס  אמריקן אקספרס  לאומי קארד

מספר זהות בעל הכרטיס	שם בעל הכרטיס	תוקף 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 הואיל וניתנה על ידי הרשאה למגדל חברה לביטוח בע"מ להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי. אני 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.

אם המשלם אינו מועמד לביטוח יש לפרט את מהות הקשר בינו לבין המועמד/ים לביטוח \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

חתימת בעל/י החשבון

## תשלום בהוראת קבע

שם הבנק	מספר סניף	מספר בנק	יישוב	כתובת הסניף (רחוב)	מספר בית	ת"ד	מיקוד
מספר חשבון בנק		קוד מוסד		מספר פוליסה / תכנית			
		00602					
<input checked="" type="checkbox"/> הרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות		<input type="checkbox"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:					
<input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב ש"ח _____		<input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום _____					
(אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח הם יוחזרו ע"י הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך)							

לתשומת לבכם - אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות

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

מספר זהות / ח"פ	שם משפחה / שם חברה	שם פרטי	יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מספר בית	ת"ד	מיקוד

1. נותן/נים לכס בזה הוראה להקים בחשבוני/נו הנ"ל הרשאה לחיוב חשבוני/נו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוטב, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
2. כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:
  - א. על/ינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.
  - ב. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
  - ג. היה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידינו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
  - ד. אהיה/נהיה רשאי/ם לדרוש מהבנק בהודעה בכתב לבטל חיוב אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
3. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
4. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
6. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע ל/ינו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
7. אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל/י החשבון

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

קילבנו הוראות מ- \_\_\_\_\_ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נו בלבד 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 בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד מוסד	מספר פוליסה / תכנית
			00602	

תאריך \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הסניף



011125990606010717

עמוד 6 מתוך 6 דפים

קוד מסמך: 112

מגדל חברה לביטוח בע"מ

מגדל בריאות

מק"ט 522110055 (מהדורה 10.2017)