



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.			

מספר הסכם	מספר הסוכן	מספר פוליסה
שם הסוכן		שם המפקח

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

הצעה לביטוח בריאות וסיעוד

טופס מספר 170

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

א. פרטי המועמדים לביטוח											
השאלה	מועמד ראשי		בן/בת זוג								
	כן	לא	כן	לא							
האם המועמד לביטוח הוא אזרח ישראל?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
האם בתקופה שקדמה ל-12 החודשים מתאריך הצעה זו, המועמד לביטוח התגורר בישראל לפחות 180 ימים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
מועמד	מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		מין	עיסוק	
הראשי									<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
בן/בת זוג									<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
ילדים עד גיל 17										ילד 1	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
										2	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
										3	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
										4	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
* חובה למלא רק במקרה בו הנציג אינו מועמד לביטוח. בכל מקרה שלא נרשמו פרטי הנציג, ישמש המועמד הראשי כנציג לקבלה או מתן הודעות בפוליסה.											
* פרטי נציג וכתובתו											
יישוב		כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד	מספר טלפון			
<input type="checkbox"/> אני מסכים / <input type="checkbox"/> אני לא מסכים: לקבל את הפוליסה, ומיידיעים בקשר אליה, כולל הודעות על חידוש והודעות בקשר לניהולה השוטף באמצעות דוא"ל.											
דואר אלקטרוני		מספר טלפון נייד									

פרטים נוספים												
מועמד	מצב משפחתי	גובה בס"מ	משקל בק"ג	שם סוכנות חולים				שב"ן (ביטוח משלים) מסוג	האם יש ברשותך ביטוח סיעודי			
				מכבי	כללית	מאוחדת	לאומית		כן, פרט	לא		
ראשי	<input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ילדים עד גיל 17												
											ילד 1	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
											2	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
											3	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
4	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ											

מוטבים					
היורשים על פי הדין, אלא אם מולאו שמות מוטבים מטה או נמסרו בהודעה נפרדת לחברה. בעת מילוי 2 מוטבים יחולקו האחוזים בשווה - 50% לכל מוטב.					
מועמד	מוטב 1		מוטב 2		
	שם מלא	מספר זהות	שם מלא	מספר זהות	
ראשי					קרבה
בן/בת זוג					
ילדים					

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 על-פי טופס 599.	

מק"ט 522110057 (04.2016)

פרטי מועמד ראשי	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	

ב. התכניות הביטוחיות המבוקשות (סמן X להוספת התכניות המבוקשות עבור כל המועמדים לביטוח. בהעדף סימון לא תרכש תכנית)

[1] הוצאות רפואיות		המועמד			[1] הוצאות רפואיות - המשך				המועמד	
סוג התכנית	פירוט הכיסויים	ראשי	בן/בת זוג	ילדים	סוג התכנית	פירוט הכיסויים	ראשי	בן/בת זוג	ילדים	
יסודי	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כתבי שירות	אבחון מהיר וליווי רפואי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	תרופות שלא בסל ובדיקות גנטיות למחלה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ייעוץ פסיכולוגי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
יסודי	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		רפואה משלימה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	משלים שב"ן	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		כתב שירות לילד	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
נספח	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2] מחלות קשות - יסודי					
נספח	ייעוץ ובדיקות תקופתיות	בסיסי			שם התוכנית					
		ראשי	משני	ילדים	מזור מורחב	בן/בת זוג	ילדים	ראשי	ילדים	
נספח	בדיקות אבחנתיות והריון	כפול			שם התוכנית					
		ראשי	משני	ילדים	סכום ביטוח בש"ח	בן/בת זוג	ילדים	ראשי	ילדים	

[3] סיעוד

התכנית	מגדל דואגים למחר				מגדל סיעוד			
	מגדל דואגים למחר	מגדל דואגים למחר *	מגדל סיעוד	מגדל סיעוד *	מסלול משלים	תקופת המתנה 45 ימים	תקופת המתנה 90 ימים	מסלול משלים
ראשי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תקופת המתנה 60 חודשים	תקופת המתנה 36 חודשים	תקופת המתנה 36 חודשים	תקופת המתנה 60 חודשים
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פירוט חודשי בש"ח	פירוט חודשי בש"ח	פירוט חודשי בש"ח	פירוט חודשי בש"ח
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילדים מגיל 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* סכום הפיצוי במגדל דואגים למחר+ / מגדל סיעוד+ הינו סכום הפיצוי בבית. במוסד ישולם סכום כפול

[4] תאונות אישיות

התכנית / הסכום בש"ח	מגדל דואגים למשפחה מורחב*				אשפוז מתאונה** סכום ליום בש"ח ימי המתנה 1 3	מוות מתאונה ונכות צמיתה מתאונה (סכום בש"ח לכל אחד מהכיסויים)	מגדל ספורטיבי	פירוט הכיסויים הכלולים במגדל ספורטיבי:
	ארד	כסף	זהב	פלטינום				
ראשי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ש"ח	מוות מתאונה / נכות צמיתה מתאונה - מתאונה - 300,000 ש"ח;	<input type="checkbox"/>	• מוות מתאונה / נכות צמיתה מתאונה - מתאונה - 300,000 ש"ח;
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ש"ח	• הוצאות טיפול רפואי ושיניים - 10,000 ש"ח;	<input type="checkbox"/>	• צד ג' מפגיעת ספורט - 100,000 ש"ח;
ילדים מגיל 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ש"ח	• אי-כושר מתאונה - 4,000 ש"ח;	<input type="checkbox"/>	• כתב שירות נקודת זינוק.
מוות מתאונה / נכות צמיתה מתאונה	350,000	200,000	150,000	100,000	ש"ח	* הסכום בש"ח למבוטח מבוגר (ליד ייתן 50% מהסכום).	<input type="checkbox"/>	
שברים מתאונה / כוויות מתאונה	60,000	40,000	20,000	15,000	ש"ח	** ניתן לרכוש פיצוי עד 1000 ש"ח. ברכישת פיצוי יומי עד 500 ש"ח, אין צורך למלא הצהרת בריאות.	<input type="checkbox"/>	
פיצוי בגין ימי אישפוז מתאונה	750	450	300	150	ש"ח		<input type="checkbox"/>	
סיעוד מתאונה	65,000	40,000	25,000	20,000	ש"ח		<input type="checkbox"/>	

[5] נספחים וכתבי שירות לתאונות אישיות

התכנית	ביטול חריג דו-גלגלי (מעל גיל 21)		ביטול חריג ספורט אתגרי (1)	הוצאות רפואיות (1)	הוצאות טיפול רפואי ושיניים מתאונה		כתב שירות נקודת זינוק	אי-כושר מתאונה לתקופה של עד 36 חודשים (מגיל 21)
	עד 250 סמ"ק	מעל 250 סמ"ק			10,000 ש"ח	20,000 ש"ח		
ראשי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>
ילדים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(1) במקרה בו נרכשו בטופס זה יותר מתכנית אחת, יצורפו הנספחים המבוקשים לכל אחת מהן בנפרד.

* ברכישת מגדל ספורטיבי ניתן להוסיף 10,000 ש"ח בלבד.

ג. שאלון אורח חיים

מועמד ראשי	בן/בת זוג	סמן כן / לא - פרט אם יש צורך.				שם ילד 1	שם ילד 2	שם ילד 3	שם ילד 4
		אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)							
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
		אורח חיים							
		1 האם הנך מעשן או עישנת ב-3 השנים האחרונות? אם כן ציין מס' סיגריות שמעשן / עישנת ביום.							
		2 האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ- 2 כוסות אלכוהול ליום? (22)							
		3 האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר? (22)							



פרטי מועמד ראשי	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי

ד. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול לחוד על מבוטח (מבוגר), על בן/בת זוג ועל כל אחד מן הילדים המבוטחים

שם ילד 1	שם ילד 2		שם ילד 3		שם ילד 4		סמן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)	בן/בת זוג		מועמד ראשי	
	לא	כן	לא	כן	לא	כן		לא	כן	לא	כן
							רקע רפואי				
							האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע או נמצא כעת במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית? (21)				
							האם ב-5 השנים האחרונות אשפוז או עברת ניתוח ו/או יעצו לך לעבור ניתוח? (3)				
							האם ב-5 השנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית לרבות בדיקת הדמיה ו/או בדיקה פולשנית ונמצא בה ממצא שהצריך ברור/מעקב רפואי או הנך נמצאת כיום במהלך של בדיקות רפואיות אלו שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית בניגון? אם כן, אנא פרט וצרך את תוצאות הבדיקות.				
							האם נקבעה לך נכות ו/או הניך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות? (23)				
							האם ככל שידוע לך, קיימת מחלה ו/או בעיה רפואית אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה מתחת לגיל 50, הקשורים ללב, סרטן, כליות, סוכרת, מערכת העצבים? (20)				

פירוט המחלות לפי מערכות - האם אצל משהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חייהם מומים/מחלות/הפרעות באחת או יותר מהמערכות הבאות?

מספר	מחלה/מערכת	שם ילד 1	שם ילד 2	שם ילד 3	שם ילד 4
1	מערכת עצבים, המוח, ו/או הפרעות התפתחותיות: לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי, גידול מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, רעד, פרקינסון, שיתוק, פוליו, בעיות בהתפתחות ו/או גדילה, ASPERGER, אוטיזם, קשב וריכוז, סחרחורות והתעלפויות. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות? (4)				
2	נפש: לרבות דיכאון, (13), חרדות, תסמונת פוסט טראומטית, או אובחנת כחולה במחלת נפש?				
3	מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני(24)				
4	מערכת ריאות ודרכי נשימה (1): לרבות אסטמה, ו/או ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרת, שחפת.				
5	מערכת הראיה (10): לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 7, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקנוס.				
6	מערכת אף אוזן גרון: לרבות פגיעה בשמיעה (12), דלקות אוזניים חוזרות, מניר, טינטון, סינוסיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול.				
7	מערכת הלב/לחץ דם (2), כלי דם (14): לרבות יתר לחץ דם, כאבים בחזה, התקף לב, אי ספיקת לב, מום מולד, הפרעות קצב, אינשושה, פגיעה במסתמים, טרומבוזה, תסחיף ריאתי, מפרצת אאורטה, ורידים מורחבים, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים, ו/או עברת צנתרות?				
8	בקע ומוערכת העיכול (6): לרבות בקע/שבר/הרניה מכל סוג שהוא, ריפלוקס (החזר וושטי), קרחה, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, טחורים, פיסורה, פיסטולה, רקטוצלה, הפטיטיס/צהבת, כבד מוגדל או שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בדרכי המרה ו/או כיס מרה, דלקת בלבלב (פנקריאטיטיס).				
9	מערכת כליות (18) ודרכי שתן (15): לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה או מום אחר, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, דליפת שתן, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית.				
10	מחלה מטבולית, הרמונאלית (אנדוקרינולוגיה): לרבות סוכרת (7), שומנים בדם (9), שיגרון (גאוט), גושה, FMF, בלוטת התריס/המגן (8), יותרת התריס, יותרת המוח (פרולקטינמה/פרולקטינימה), הפרעות גדילה, הזעת יתר.				
11	מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות: לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת הדם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון, איידס/ נשאות, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים (25)				
12	מערכת השלד, השרירים, מפרקים (19) מחלות מפרקים (17) בעיות ברכיים: לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב (5), בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן (אוסטיאופורוזיס/אוסטיאופניה), פרטס, מחלת מפרקים ניוונית (אוסטוארטרוזיס), דלקת מפרקים שגרנית (אומטיד ארטריטיס), לופוס (זאבת), פיברומיאלגיה, תסמונת השישיות הכרונית, סקלרודרמה.				
13	מערכת עור ומין: לרבות פסוריאזיס, מפפיגוס, אקזמה, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/ קונדילומה (26)				
14	מערכת הרבייה: נשים: לרבות גוש בשד/ אבצס בשד, דימומים בלא קשר לזאת החודשית, רחם שריני, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, הפלות חוזרות, נמצאת כעת בהריון, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פרויון. גברים: גוש בשד/ אבצס בשד, בעיות פרויון, אשך טמיר, גידול באשך, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס (27)				
15	לסיעוד: האם הינך מקבל ו/או קבלת גמלת סיעוד מביטוח לאומי או מוסד אחר, ו/או הינך סובל מנפילות חוזרות, או מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות, להתרחץ, להתגלח, להתלבש, להתפשט, לקום, לשכב, לשלוט על סוגרים נידוד או הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם בביצוע פעולות אלו. (למעט ליד - אם המוגבלות הינה טבעית לאור גילו). אנא פרט וצרך מסמכים.				

הערות:

ה. יתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, נותן רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, מרפאות בריאות הנפש, למוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לקרנות הפנסיה, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, מנהל האוכלוסין ומשרד הפנים, למסור למגדל 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 על ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותכם והקשורים למצבי הרפואי. אני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כאמור, ולא תהייה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהוא כלפי כל המוסר מידע כאמור. כן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על פי תכניות הביטוח. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזובני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. בקשה זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמא-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל הגופים הנזכרים לעיל.

חתימת בן/בת זוג ★	חתימת מועמד ראשי	תאריך
חתימת סוכן ★	מספר סוכן	עד לחתימה שם סוכן

תק"ט 522110057 (04.2016)



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

1. הצהרות (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי)

אני הח"מ מבקש לבטח אותי בהתאם לתנאי תכנית/יות הביטוח שנבחרה/ו בהצעה זו לאחר שהוצג בפניי הגילוי הנאות ודמי הביטוח עבור התכנית/ כל אחת מהתכניות שבכוונתי לרכוש ומצאתי אותה/ן מותאמות לצרכי ובהסתמך על האמור בהצעה זו אני מצהיר ומתחייב כדלהלן:

1. **הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה:** ידוע לי, כי התשובות והמידע שמסרתי במסגרת הצעה זו נכונים ומלאים, ישמשו בסיס לחוזה הביטוח המבוקש ויהוו חלק בלתי נפרד הימנו וכן לצורך הוצאת פוליסות, גביית תשלומים בגין, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות.
2. **קבלה לביטוח:** ידוע לי כי הסכמת החברה לקבל את המועמד לביטוח כרוכה בין היתר, בהליך של חיתום שעל פיו, החברה מעריכה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים, נתונים סטטיסטיים, מידע רפואי, או כל מידע אחר רלוונטי, בשים לב למדיניות החיתום של החברה, ורק עם סיומו תודיעו לי אם קבלתם או לא קבלתם את ההצעה. במסגרת הליך החיתום, אם אדרש לכך עליידי החברה, אני מתחייב להיבדק בדיקה רפואית עליידי רופאי החברה והתשובות שתמסרנה עליידי לרופאי החברה תחשבנה כחלק מהצעת. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
3. **ידוע לי שניתן לבטל את תכנית/יות הביטוח או כל אחת מהן בכל עת בכפוף להודעה בכתב לחברה.** החברה לא יכולה להתנות ביטול תכנית אחת באחרת, אלא במקרה של ביטול תכנית/יות נוספות המצטרפות כנספח לתכנית יסודית שבוטלה או במקרה של ביטול כל התכניות היסודיות לרוכשים השתלות ו/או תרופות. ביטול תכנית יסודית אחת עשויה לגרום לביטול הנחה שניתנה בתכנית/יות יסודית/יות אחרת.
4. **ידוע לי ואני מסכים ומאשר כי הכיסוי בתכנית הביטוח נקבע בהתאם לתנאי הפוליסה המלאים ויכול שהינו כפוף לתקופת אכשרה ו/או לסייג בשל מצב רפואי קודם כהגדרתו בתקנות הפיקוח על עסקי הביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) והוראות לעניין מצב רפואי קודם התשס"ד - 2004.**
5. **הליך הצטרפות:** 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 רק בהליך החיתום כאמור לא קיבלה את ההצעה. אני מעוניין באפשרות פיצול זו.
6. **היותו של הנציג שלוח של המועמדים:** אני/ו מאשר/ים כי הנציג הינו שלוח שלי/נו לכל דבר ועניין בקשר עם הפוליסה, ובכלל זה בכל הנוגע להודעות ביטול הפוליסה.
7. **בקשה לקבלת קוד למערכת מידע אישי:** אני הח"מ מבקש מאשר לקבל בדואר רשום או באמצעי אחר קוד הפעלה ראשוני למערכת מידע אישי באתר האינטרנט של מגדל כהגדרתה להלן. אודות תכנית ביטוח ו/או תכניות פנסיה ו/או קופות גמל ו/או קרנות השתלמות ו/או מוצרים אחרים של מגדל (אתר האינטרנט). ידוע לי כי קוד הפעלה ראשוני יאפשר קבלת מידע מאתר האינטרנט רק בכפוף להשלמת תהליך הרישום לאתר האינטרנט.
8. **לתכניות מסוג הוצאות רפואיות ומחלות קשות:** תקופת הביטוח הינה כנקוב בדף פרטי הביטוח. **חידוש הפוליסה ביום 1.6.2018 ובכל שנתיים לאחר מכן, ייעשה, בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, באותם תנאים או בתנאים שונים, ובפרמיה שתקבע ע"י החברה במועד החידוש.**
9. **למבקשים להצטרף לביטוח ניתוח משלים לשב"ן - סמן X ב-** **ידוע לי ואני מאשר ומצהיר כי:**
 - א. הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, החברה (המבטח) תשלם את ההפרש בין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
 - ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המועמד לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות לחברה למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
 - ג. דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (תוכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
 - ד. בסיסם החברות בתכנית השב"ן זכאי המועמד לפנות לחברה ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" בתוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים.
10. **הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת** אני מסכים כי המידע אודותיי ישמש את החברה ו/או חברות מ"קבוצת מגדל" (גופים וחברות בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ) ו/או גורם מטעמן, לרבות סוכן הביטוח שלי, לצורך עדכון בדיוור ישיר אודות כיסויים ביטוחיים ומוצרים או שירותים פיננסיים ואחרים ולפנייה בהצעה לרכישתם. אני מסכים כי עדכונים ומידע כאמור ישוגר אליי אף באמצעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר או אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שישלם את אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה השייוקית באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה.
12. **החלפה/שינוי פוליסה:**

האם יש בידיך פוליסות בריאות בתוקף? כן לא.

אם התשובה היא "כן", כחלק מרכישת פוליסה זו, האם פוליסה/ות לביטוח בריאות לרבות נספחים שברשותך:

א. עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא, יסולקו באופן חלקי או מלא, יסתיימו בכל דרך אחרת?

ב. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, בסכומי הביטוח או בפרמיה?

תשובה חיובית לסעיף אי' ו/או ב' מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

	חתימת בן/בת זוג <input type="text"/>	חתימת מועמד ראשי / נציג של ילדים עד גיל 18 <input type="text"/>	תאריך <input type="text"/>
--	--	---	--------------------------------------

2. הצהרות הסוכן

1. אני מאשר כי שאלתי את החותמים הנ"ל את כל השאלות בטופס הצעה זה, התשובות הן כפי שנמסרו לי עלידם ולאחר שהצגתי בפניהם את טופס גילוי נאות הם חתמו לעיל לפניי.
2. במסגרת תהליך המכירה בררתי את צרכי המועמדים לביטוח והצעתו/ו להם ביטוח התואם את צרכיהם.
2. למיטב הבנתי כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף: כן לא
3. ברכישת ביטוח סיעוד אני מאשר כי הצגתי למועמדים לביטוח את לוח הפרמיות ואת ערכי הסיילוק של תכנית הסיעוד המבוקשת בטופס זה.

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



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

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 לרכישת ביטוח סיעודי במסלול משלים. יש לסמן את תקופת המתנה, כפי שצויין גם בהצעה לביטוח.

א. הצהרת המועמד הראשי

אני מודע לכך כי במהלך כל תקופת המתנה 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.

תאריך	שם המועמד	חתימה *

ב. הצהרת בן / בת זוג

אני מודע לכך כי במהלך כל תקופת המתנה 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.

תאריך	שם המועמד	חתימה *

ג. הצהרה עבור הילדים

אני מודע לכך כי במהלך כל תקופת המתנה 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.

תאריך	שם המועמד	חתימת המועמד הראשי / הנציג *



טופס הוראת תשלום דמי הביטוח

טופס מספר 599

יש לבחור באחד מאמצעי הגבייה שלהלן:

תשלום בכרטיס אשראי / באמצעי גבייה בפוליסה קיימת

למבוטח מגדל בלבד: אבקש לגבות את הפרמיה ע"י אמצעי תשלום בפוליסה מס' _____ ובתנאי שאני המשלם.
 כרטיס אשראי - (בחר את סוג הכרטיס המתאים): ויזה ישראלכרט דינרס אמריקן אקספרס לאומי קארד

מספר הכרטיס	שם בעל הכרטיס	תוקף הכרטיס	מספר זהות בעל 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 חובים 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 המועמדים 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	סוג חשבון	קוד מוסד	מספר פוליסה / תכנית				
		00602					
<input checked="" type="checkbox"/> הרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות		<input type="checkbox"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות:					
<input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב ש"ח		<input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף הרשאה ביום _____					
<input type="checkbox"/> (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 לכם 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. עלינו 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 ע"י הוראת כל דין.
 - ג. אהיה/נהיה רשאים 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 ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
 - ד. אהיה/נהיה רשאים 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 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.
7. אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ ע"פ תנאי הפוליסה/ות / התכנית/ות ותוספותיה/ן.

חתימת בעל/י החשבון ★ תאריך _____

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

קיבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבונו/נו 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 לביצוען, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפיו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידיכם.

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

חתימת וחותמת הסניף ★ תאריך _____ בנק וסניף _____

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מספר 112

עמוד מספר 6 מתוך 6 דפים