



טוב שיש מגדל מאחוריך
מגדל חברה לביטוח בע"מ

תאריך מבוקש להתחלת הביטוח (תאריך זה אינו מחייב את החברה)		
שנה	חודש	יום

מועד התחלת הביטוח המבוקש יכול להיות מועד מילוי ההצעה או ה-1 לחודש העוקב בלבד. הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת תקופת הביטוח.

שם הסוכן	מספר הסוכן
שם המפקח	מספר פוליסה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

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		מספר זהות					
	כן	לא	כן	לא	מיקוד	יישוב	מס' בית	מס' דירה	מס' דלת	
האם המועמד לביטוח הוא אזרח ישראל?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
האם בתקופה של 12 החודשים שקדמו לתאריך הצעה זו, המועמד לביטוח התגורר בישראל לפחות 180 ימים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
המועמד הראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	כתובת מגורים (רחוב)				
						דואר אלקטרוני	מספר טלפון נייד	מספר טלפון	מיקוד	יישוב

מוטבים - היורשים על פי הדין, אלא אם מולאו שמות מוטבים מטה או נמסרו בהודעה נפרדת לחברה.

מועמד	מוטב 1		מוטב 2	
	שם מלא	מספר זהות	שם מלא	מספר זהות
ראשי				
בן/בת זוג				
ילדים				

* בעת מילוי 2 מוטבים יחולקו האחוזים בשווה - 50% למוטב אלא אם צויין אחרת.

מועמד	מצב משפחתי	שם קופת חולים				האם יש ברשותך ביטוח סיעודי
		מכבי	כללית	מאוחדת	לאומית	
ראשי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כן, פרט* <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כן, פרט* <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
ילדים עד גיל 17						ילד 1 <input type="checkbox"/>
						ילד 2 <input type="checkbox"/>
						ילד 3 <input type="checkbox"/>
						ילד 4 <input type="checkbox"/>

* יש לפרט האם הביטוח הסיעודי הוא במסגרת קופת חולים, פוליסה פרטית או פוליסה קבוצתית.

ב. פרטי הנציג של המועמד/ים לביטוח

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מספר טלפון
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
כתובת מגורים (רחוב)					
מס' בית	מס' דירה	יישוב	מיקוד	כתובת דואר אלקטרוני	מספר טלפון נייד

* יש למלא רק במקרה בו הנציג אינו מועמד לביטוח. בכל מקרה שלא נרשמו פרטי הנציג, ישמש המועמד הראשי כנציג לקבלה או מתן הודעות בפוליסה.

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

התכנית המועמד	התכנית	מגדל בריאות פרטית						
		פרטית	פרטית +			משלים שבין*	עולמי	עולמי +
			השתתפות עצמית בש"ח	6,000	4,000			
ראשי	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* התכנית הנבחרת הינה לכל המועמדים לביטוח. אם תבחר בתכנית לילד בפרמיה קבועה, תכנית זו תחול על כל הילדים המועמדים. התכנית מתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל.
 ** למגדל בריאות פרטית+ בלבד.
 *** ניתן לרכוש רק במקרה בו המבוטח הראשי הינו המשלם והנציג. השחרור יחול על כל התכניות המבוקשות, למעט סיעוד.



קוד מסמך 494 עמוד מספר 1 מתוך 5 דפים

מק"ט 522110057 (01.2015)



טוב שיש מגדל מאחוריך
מגדל חברה לביטוח בע"מ

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

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

[2] סיעוד		התכנית			
מגדל סיעוד		מגדל דואגים למחר		מגדל דואגים למחר	
מגדל סיעוד *+		מגדל דואגים למחר *+		מגדל דואגים למחר	
מסלול משלים**		מסלול משלים**		מסלול משלים**	
תקופת המתנה 90 ימים		תקופת המתנה 45 ימים		תקופת המתנה 45 ימים	
תקופת המתנה 60 חודשים	תקופת המתנה 36 חודשים	תקופת המתנה 60 חודשים	תקופת המתנה 36 חודשים	תקופת המתנה 60 חודשים	תקופת המתנה 36 חודשים
פיצוי חודשי בש"ח	פיצוי חודשי בש"ח	פיצוי חודשי בש"ח	פיצוי חודשי בש"ח	פיצוי חודשי בש"ח	פיצוי חודשי בש"ח
סכום פיצוי חודשי בש"ח	תקופת פיצוי בשנים	סכום פיצוי חודשי בש"ח	תקופת פיצוי בשנים	סכום פיצוי חודשי בש"ח	תקופת פיצוי בשנים
	כל החיים <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		כל החיים <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		כל החיים <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	כל החיים <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		כל החיים <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		כל החיים <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	כל החיים <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		כל החיים <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		כל החיים <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

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

אני מודע לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 36 חודשים / 60 חודשים, שתחילתה במועד קרות 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 מועמד ראשי / נציג של ילדים עד גיל 18 ★

חתימת בן/בת זוג ★

תאריך

* סכום הפיצוי במגדל דואגים למחר+ / מגדל סיעוד+ הינו סכום הפיצוי בבית. במוסד ישולם סכום כפול
** מסלול משלים - ניתן לרכוש רק אם יש ברשות המועמד לביטוח כיסוי סיעודי לתקופת פיצוי של 60/36 חודשים. תקופת הפיצוי הינה לכל החיים.

[3] מחלות קשות		[4] מגדל בדיקת בזמן - ביטוח ימי החלמה		[5] ריסק	
התכנית	מגדל מזור	מגדל מזור	אשפוז ממחלה וניתוח	אשפוז מתאונה ימי המתנה	שלווה שחרור מתשלום פרמיה
מועמד	מגדל מזור	מגדל מזור	אשפוז מתאונה ימי המתנה	אשפוז מתאונה ימי המתנה	שלווה שחרור מתשלום פרמיה
ראשי	מגדל מזור 70 יושלם פיצוי בגובה 50% מסכום הפיצוי הנקוב (סכום בש"ח)	מגדל מזור 70 יושלם פיצוי בגובה 50% מסכום הפיצוי הנקוב (סכום בש"ח)	אשפוז מתאונה ימי המתנה <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1	אשפוז מתאונה ימי המתנה <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1	שלווה שחרור מתשלום פרמיה <input type="checkbox"/>
בן/בת זוג	מגדל מזור 70 יושלם פיצוי בגובה 50% מסכום הפיצוי הנקוב (סכום בש"ח)	מגדל מזור 70 יושלם פיצוי בגובה 50% מסכום הפיצוי הנקוב (סכום בש"ח)	אשפוז מתאונה ימי המתנה <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1	אשפוז מתאונה ימי המתנה <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1	שלווה שחרור מתשלום פרמיה <input type="checkbox"/>
ילדים	מגדל מזור 70 יושלם פיצוי בגובה 50% מסכום הפיצוי הנקוב (סכום בש"ח)	מגדל מזור 70 יושלם פיצוי בגובה 50% מסכום הפיצוי הנקוב (סכום בש"ח)	אשפוז מתאונה ימי המתנה <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1	אשפוז מתאונה ימי המתנה <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1	שלווה שחרור מתשלום פרמיה <input type="checkbox"/>

[6] תאונות אישיות

התכנית / הסכום בש"ח	מגדל דואגים למשפחה מורחב*				מוות מתאונה / נכות 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"/>	מוות מתאונה / נכות צמיתה מתאונה - 300,000 ש"ח	<input type="checkbox"/>	• מוות מתאונה / נכות צמיתה מתאונה - 300,000 ש"ח
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מוות מתאונה / נכות צמיתה מתאונה - 300,000 ש"ח	<input type="checkbox"/>	• מוות מתאונה / נכות צמיתה מתאונה - 300,000 ש"ח
ילדים מגיל 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מוות מתאונה / נכות צמיתה מתאונה - 300,000 ש"ח	<input type="checkbox"/>	• מוות מתאונה / נכות צמיתה מתאונה - 300,000 ש"ח
מוות מתאונה / נכות צמיתה מתאונה	100,000	150,000	200,000	350,000	מוות מתאונה / נכות צמיתה מתאונה - 300,000 ש"ח		• הוצאות טיפול רפואי ושיניים - 10,000 ש"ח;
שברים מתאונה / כוויות מתאונה	15,000	20,000	40,000	60,000	מוות מתאונה / נכות צמיתה מתאונה - 300,000 ש"ח		• צד ג' מפניעת ספורט - 100,000 ש"ח;
פיצוי בגין ימי אישפוז מתאונה	150	300	450	750	מוות מתאונה / נכות צמיתה מתאונה - 300,000 ש"ח		• אי-כושר מתאונה - 4,000 ש"ח;
סיעוד מתאונה	20,000	25,000	40,000	65,000	מוות מתאונה / נכות צמיתה מתאונה - 300,000 ש"ח		• כתב שירות נקודת זינוק.

[7] נספחים וכתבי שירות

התכנית	ביטול חריג דו-גלגלי (מעל גיל 21)		ביטול חריג ספורט אתגרי (1)	הוצאות רפואיות (1)	הוצאות טיפול רפואי ושיניים מתאונה* (2)		צד ג' מפניעת ספורט (2)		כתב שירות נקודת זינוק	סיעוד בלבד		
	עד 250 סמ"ק	מעל 250 סמ"ק			10,000 ש"ח	20,000 ש"ח	100,000 ש"ח	200,000 ש"ח		השתלות	תרופות	בטוח איתך
ראשי	<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"/>
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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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.
(2) במקרה בו נרכשו בטופס זה יותר מתכנית אחת, יצורפו הנספחים לתכנית אחת בלבד. * ברכישת מגדל ספורטיבי ניתן להוסיף 10,000 ש"ח בלבד

[7] נספחים וכתבי שירות - המשך

התכנית	אי-כושר מתאונה (מגיל 21)			אי-כושר מתאונה (פיצוי חודשי בש"ח)	תקופת המתנה בימים	תקופת פיצוי 12 חודשים ותקופת המתנה 10 ימים (פיצוי חודשי בש"ח)	אמבולטורי	רפואה משלימה	לידה	ביקור רופא + מעבדה	פסיכולוגי	רפואה אישית	תרופות פרטי
	פיצוי חודשי בש"ח	תקופת פיצוי בחודשים	תקופת פיצוי בימים										
ראשי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ש"ח	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	ש"ח	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ש"ח	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	ש"ח	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	ש"ח	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	ש"ח	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* מסלול זה ניתן רק למבוטחים שמצטרפים עד גיל 54. ** בהצטרפות לתכנית אלו, אין צורך למלא הצהרת בריאות.



0149417002050115

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

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

מועמד ראשי	בן/בת זוג
<input type="checkbox"/> איני מעשן ולא עישנתי בעבר <input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום החל מתאריך (שנה/חודש) <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר עד שנת (שנה/חודש) _____	<input type="checkbox"/> איני מעשן ולא עישנתי בעבר <input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום החל מתאריך (שנה/חודש) <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר עד שנת (שנה/חודש) _____

מועמד ראשי	בן/בת זוג	סמן כן / לא - פרט אם יש צורך, אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)	שם ילד 1	שם ילד 2	שם ילד 3	שם ילד 4
		גובה בס"מ _____ משקל בק"ג _____ לילדים מגיל 10 בלבד				

מועמד ראשי	בן/בת זוג	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן

שאלות על מחלות ו/או על בעיות רפואיות ו/או על מומים

1.	האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי, מקבל טיפול רפואי, האם נפצעת בעבר בתאונה [10] או עברת בדיקות ב-3 החודשים האחרונים? אם כן, נא פרט בהערות וצרף מכתב מרופא מטפל.								
2.	האם ייעצו לך לעבור ניתוח או אושפזת בבית חולים ב-10 השנים האחרונות או האם עברת אי פעם ניתוח? [3]								
3.	האם נעדרת מעבודתך/לימודים עקב מחלה למעלה מחודש ו/או לא היית מסוגל לעבוד ב-12 החודשים האחרונים לפני מילוי הצהרה זו?								
האם אתה סובל או סבלת בעבר מאחת המחלות/הבעיות הרפואיות/או המומים המפורטים להלן:									
4.	א. סרטן, גידול, גוש או ממאירות. יש לצרף דוח היסטולוגי ומכתב מרופא מומחה. ב. עצבים והחושיים, כגון: שיתוקים, סחרחורות והתעלפויות, אפילפסיה [4], כאבי ראש כרוניים (מיגרנות), הפרעות תנועה או תחושה, הפרעה בראייה (יש לציין הרכבת משקפיים רק כאשר העדשה/ות הן ממספר 8 ומעלה) [11] או בשמיעה [12], דיכאון או מחלות נפשיות [13]. ג. דרכי הנשימה והריאה [1], כגון: אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, יריקת דם, שיעול ממושך, אמפיזמה, מחלת קרום הריאה או מחלה אחרת. ד. לב [2] וכלי הדם [14], כגון: התקף לב, אוטם, טרומבוז, אנגינה פקטוריס, לחץ דם גבוה, אי ספיקת לב, הפרעות קצב הלב או מחלה אחרת. ה. דרכי עיכול [6], 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 אחרת. ו. כליה [18] ודרכי השתן [15], כגון: מחלות או זיהומים בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה [16] או מחלה אחרת. ז. חילוף חומרים, כגון: סוכרת [7], מחלות בלוטות, מחלות בלוטת המגן [8], כולסטרול ושומנים גבוהים בדם [9], המופיליה או הפרעות אחרות הקשורות בדם. ח. מין, עור, עגבת, כגון: עגבת, פצע שאינו מתרפא, שיתנים בגודל וצורה של נקודות חן, יבלת, מלנומה או סרטן עור. ט. חולי או הדבקות הקשורות באיידס (תסמונת הכשל החיסוני) או האם אתה נושאת/נגדנים של איידס. י. כאבי גב [5], מחלות פרקים ועצמות [17], כגון: דלקות פרקים, ראומטיזם, ארטריטיס, כאבי גב או מחלה אחרת. יא. מום מולד, שיתוק, פיגור שכלי, תסמונת דאון, אוטיזם, ניוון שרירים.								
5.	האם אחד מקרוביך (אב/אם/אח/בת) חלה או חולה בסרטן או במחלה נירולוגית (כגון: אלצהיימר, טרשת נפוצה, פרקינסון) מתחת לגיל 25? [20]								
6.	האם אתה מקבל תרופות? [21]								
7.	האם אי פעם נדחתה או נתקבלה בתנאים מיוחדים הצעתך לביטוח חיים או בריאות או סיעוד בחברת ביטוח כלשהי?								
8.	האם אתה מוגבל ו/או נעזר באדם אחר בביצוע הפעולות היומיומיות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים או ללכת? (למעט ילד - אם המוגבלות הנה טבעית עקב גיל).								
9.	האם נאמר לך שהנך צפוי להיות נזקק לטיפול סיעודי ב-12 החודשים הקרובים ו/או שהנך מקבל גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי או ממוסד אחר?								
10.	האם נקבעה לך נכות קיימת (זמנית או קבועה) ו/או שאתה נמצא בתהליך לקבלת הכרה בנכות ממוסד כלשהו?								

הערות:

ה. ויתור 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, למוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לקרנות הפנסיה, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית למסור למגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא דופן 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 ברשומתיך והקשורים למצבי הרפואי. אני מוותר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כאמור, ולא תהייה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסד מידע כאמור. כן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על פי תכניות הביטוח. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזובי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיובא במקומי. בקשה זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל הגופים הנזכרים לעיל.

חתימת מועמד ראשי / נציג המועמד לביטוח ★
 חתימת בן/בת זוג ★

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 שמצאתי אותה/ן מתאימה/ות לצרכי ובהסתמך על האמור בהצעה זו אני מצהיר ומתחייב כדלהלן:
- הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה:** ידוע לי, כי התשובות והמידע שמסרתי במסגרת הצעה זו נכונים ומלאים, ישמשו בסיס לחוזה הביטוח המבוקש והוא חלק בלתי נפרד הימנו וכן לצורך הוצאת פוליסות, גביית תשלומים בגין, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות.
 - 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 ורק עם סיומו תודיע לי אם קבלתם או לא קבלתם את ההצעה. במסגרת הליך החיתום, אם אדרש לכך עליידי החברה, אני מתחייב להבדק בדיקה רפואית עליידי רופאי החברה ותחשבה כחלק מהצעת. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
 - 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.
 - אישור שמירת נתונים אישיים ואמצעי התקשורת עם המועמד לביטוח:** בסעיף זה "החברה" משמעה מגדל חברה לביטוח, וחברות וגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ. אני מאשר בזאת שהמידע המבוקש שמסרתי במסגרת הצעה זו נמסר מרצוני ובהסכמתי. המידע והנתונים שמסרתי וכל עדכון שלהם ישמרו במאגרי המידע של החברה וישמשו לבחינת ההצעה, להוצאת פוליסות, לניהול השוטף של תיק הביטוח, למתן שירותים במסגרת פוליסות הביטוח, וכן לצורך יצירת קשר לפנייה בהזמנה להציע הצעות לרכישת פוליסות ביטוח, קופות גמל, קרנות פנסיה, קרנות נאמנות ומוצרים פיננסים נוספים, דיור ישיר, עיבודים סטטיסטיים ופילוח שיווקי. במסגרת זאת החברה רשאית להעביר את המידע המתייחס אלי גם לסוכן הביטוח המטפל בפוליסה. אם החברה תארגן את פעילותיה במסגרת תאגיד אחר או תתמזג עם גוף אחר, היא תהיה זכאית להעביר לתאגיד החדש העתק מן המידע שנאגר אודותי ובלבד שתאגיד זה יקבל על עצמו כלפי הוראות הודעה זו.
 - אני מסכים כי פניות והצעות שיווקיות כאמור ישוגרו אליי אף באמצעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר או אמצעי תקשורת אחר (להלן "אמצעי תקשורת").** פניות במסגרת הניהול השוטף של הפוליסות יעשו באמצעי תקשורת, ככל שהדין יתיר. אם לא אהיה מעוניין בפניות והצעות שיווקיות כאמור מצד החברה, אוכל להודיע על כך לחברה בכל עת.
 אינני מעוניין שתשלחו אלי הצעות ו/או פניות שיווקיות לגבי מוצרים ו/או שירותים קיימים ו/או חדשים.
 - 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 על מועמדים שאפשר לקבלם. לגבי יתר המועמדים - מועמדותם לביטוח תבחן רק בהליך החיתום במסגרתו מעריכה החברה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים, סטטיסטיים, מידע רפואי או כל מידע אחר ורק עם סיומו תודיע החברה אם קיבלה או לא קיבלה את ההצעה.
 אני מעוניין באפשרות פיצול זו.
 - 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.
 - 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.
 - למבקשים להצטרף לביטוח ניתוח משלים לשבין - סמן X ב-**

ידוע לי ואני מאשר ומצהיר כי:

 - הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה שהם מעל ומעבר להשתתפות השבין (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, החברה (המבטח) תשלם את ההפרש בין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשבין וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
 - למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המועמד לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו על פי השבין וכן לפנות לחברה למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
 - 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 בשבין).
 - בסיום החברות בתכנית השבין זכאי המועמד לפנות לחברה ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" בתוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השבין או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

9. החלפה/שינוי פוליסה: האם יש בידיך פוליסות בריאות בתוקף? כן לא.
אם התשובה היא "כן", כחלק מרכישת פוליסה זו, האם פוליסה/ות לביטוח בריאות רבות נספחים שברשותך:
 א. עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא, יסולקו באופן חלקי או מלא, יסתיימו בכל דרך אחרת? כן לא
 ב. כחלק מרכישתך פוליסה זו ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, בסכומי הביטוח או בפרמיה? כן לא
תשובה חיובית לסעיף א' ו/או ב' מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השווה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

חתימות המועמדים על הצהרות 1-7 לעיל, ו-8 אם סומן לגבי המועמד:

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

תאריך

2. הצהרות הסוכן

- אני מאשר כי שאלתי את החותמים הנ"ל את כל השאלות בטופס הצעה זה, התשובות הן כפי שנמסרו לי עליידים ולאחר שהצגתי בפניהם את טופס גילוי נאות הם חתמו לעיל לפניי.
 - למיטב הבנתי כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף: כן לא
 - הצהרת הסוכן ברכישת "מגדל דואגים למחר משלים" / "מגדל דואגים למחר משלים" / "מגדל סיעוד משלים" +:**
אני מאשר כי הבהרתי למועמד לביטוח כי רכישת הפוליסה מותנית בהיותו מבטוח בביטוח סיעודי בקופת חולים או במסגרת פוליסה פרטית או קבוצתית. כמו כן הבהרתי למועמד לביטוח את מהות הכיסוי הביטוחי כולל התייחסות לתקופת ההמתנה בת 36 חודשים (3 שנים) / 60 חודשים (5 שנים), בה המבטוח לא יהיה זכאי לתגמול הסיעודי עליי פני תנאי פוליסה זו.
על-פי מה שנמסר לי אישית עליידי המועמד לביטוח ולמיטב הבנתי, לכל אחד מהמועמדים לביטוח המפורטים בטבלה לעיל, קיים כיסוי ביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד במסגרת ביטוח סיעודי פרטי, קבוצתי בקופ"ח או קבוצתי אחר.
- חתימת הסוכן ★
- תאריך





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

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

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"פ אמצעי תשלום בפוליסה מס' _____ ובתנאי שאני המשלם.
 כרטיס אשראי - (בחר את סוג הכרטיס המתאים): ויזה ישראלכרט דיינרס 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 חייבים 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	כתובת הסניף (רחוב)	מספר	יישוב	מיקוד

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

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

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

- נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבונו הנ"ל בסניפכם, בגין פרמיית ביטוח חיים או בריאות או פנסיה 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/מתנתנו בכתב לבנק ולמגדל חברה לביטוח בע"מ שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן הודעה בבנק וכן, ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.
 - אהיה/נהיה רשאים לבטל מראש חיוב מסויים ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
 - אהיה/נהיה רשאים לבטל חיוב לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכח/נוכח בבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנכתבו בכתב ההרשמה, אם נקבעו. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
 - ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב ע"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 זו, 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 ויודיע 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 ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ ע"פ תנאי הפוליסה/ות / התכנית/ות ותוספותיה/ן.

תאריך _____

חתימת בעל/י החשבון ★

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 חשבונו/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 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 בהתחייבויותכם כלפיו לפי כתב השימושי שנחתם על ידיכם.

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

תאריך _____

בנק וסניף _____

חתימת הנותמת הסניף ★

