

ג. זיקה בין המשלם למבוטח/בעל הפוליסה

רשום את מהות הקשר בין המשלם למבוטח/בעל הפוליסה: _____ (בכל מקרה בו הסוכן הוא צד לזיקה יש למלא שאלון נפרד)
הצהרת המשלם: אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים בסעיף ב' והפרטים אודות אופן תשלום הפרמיה והגבייה ועל כך שהתשלום הנ"ל יבוצע/ עובר המבוטח וכי כל החזר של פרמיה ו/או כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה או בקשר אליה, יבוצע לפקודת בעל הפוליסה / המבוטח בהתאם למקרה בלבד.

	חתימת המשלם ★		שם פרטי ושם משפחה
--	----------------------	--	-------------------

ד. תקופת הביטוח של החיסכון, תכנית הביטוח, דמי הניהול דמי הביטוח ואופן תשלומם

תום תקופת הביטוח	<input type="checkbox"/> תקופת הביטוח _____ שנים או <input type="checkbox"/> הביטוח עד גיל _____ (גיל - בהגדרתו בתנאי הפוליסה)
------------------	---

תכנית הביטוח

יש לסמן ב-X את התכנית הנבחרת ולמלא את הפרטים הנדרשים:

שם התכנית	דמי ביטוח התחלתיים לתכנית*	דמי ניהול מדמי ביטוח	דמי ניהול מצבירה
<input type="checkbox"/> מגדלור לחיים 2013 להפקדות שוטפות לפרט כולל תכנית המשך - למצטרפים מגיל 18 בלבד	ש"ח _____	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> מגדל קשת לפרט	ש"ח _____	_____ %	_____ %

* דמי הביטוח צמודים למדד המחירים לצרכן. כאשר נרכשים כיסויים ביטוחיים בדמי ביטוח משתנים יגבה הגידול העתידי בעלות הכיסיים, בנוסף לדמי הביטוח הצמודים שנקבעו לעיל.

מועד ואופן תשלום דמי הביטוח	<input checked="" type="checkbox"/> חודשי <input type="checkbox"/> הוראת קבע <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי <input type="checkbox"/> למבוטח מגדל בלבד: אבקש לגבות את הפרמיה על פי אמצעי תשלום בפוליסה מספר _____ ובלבד ואני המשלם.
-----------------------------	---

הפקדה חד-פעמית (עבור מגדל קשת לפרט בלבד)

הפקדה חד-פעמית בפוליסה מגדל קשת לפרט בלבד ש"ח _____

ה. כיסויים ביטוחיים

כיסויים ביטוחיים מתוך דמי הביטוח לתכניות מגדלור לחיים להפקדות שוטפות / מגדל קשת לפרט:

בעל הפוליסה מבקש לרכוש את הכיסויים הביטוחיים המפורטים להלן מתוך דמי הביטוח לפוליסה (במקרה שילוב בין מספר פוליסות בטופס הצעה זה, עלות הכיסויים הביטוחיים תגבה מדמי הביטוח לפוליסות הנבחרות, לפי יחס דמי הביטוח השוטפים לכל אחת מהן, ובלבד ונקבעו).

אור 1 - ביטוח למקרה פטירה בדמי ביטוח משתנים מדי שנה:

סמן את מסלול סכום הביטוח המבוקש

<input type="checkbox"/> מסלול ריסק יורד שכר לחישוב סכום הביטוח _____ ש"ח האחוז המבוקש משכר לצורך חישוב סכום הביטוח % _____	<input type="checkbox"/> הסכום יחושב בכל חודש על פי האחוז מהשכר כמצויין, בצמוד למדד כפול מספר החודשים שנותרו לתום תקופת הביטוח. <input type="checkbox"/> הסכום יחושב בכל עת על פי היוון של האחוז מהשכר כמצויין בהנחת ריבית היוון שנתית בשיעור 3.5%, ובהתייחס למספר החודשים שנותרו לתום תקופת הביטוח.
<input type="checkbox"/> מסלול סכום ביטוח קבוע סכום הביטוח המבוקש _____ ש"ח	<input type="checkbox"/> כולל צבירה. <input type="checkbox"/> לא כולל צבירה*.

* כיסויים ביטוחיים לריסק (אור 1) ולא יכושר עבודה עד תום תקופת הביטוח או עד גיל 67, לפי המוקדם מביניהם. (גיל - בהגדרתו בתנאי הפוליסה)



0111721202071214

עמוד מספר 2 מתוך 7 דפים

קוד מסמך 117

ה. כיסויים ביטוחיים - המשך

כיסוי לפיצויי חודשי באובדן כושר עבודה

גובה הכיסוי המבוקש: ש"ח _____

נא סמן ב- ✓ את פרטי הכיסוי המבוקש במקומות המתאימים בטבלה

נספח "עוז"	תוספת פיצוי - פרנציז'ה	הרחבה לנכות חלקית*	חודשי המתנה		מבנה דמי הביטוח		שחרור בלבד	הכיסוי המבוקש
			6	3 (ברירת מחדל)	קבועים	משתנים (ברירת מחדל)		
	<input type="checkbox"/> ניתן להוסיף רק בפיצוי בפרמיה משתנה במסגרת 3 חודשי המתנה	<input type="checkbox"/> רק בפרמיה משתנה						<input type="checkbox"/> שלווה
קיים	<input type="checkbox"/> ניתן להוסיף רק במסגרת 3 חודשי המתנה							<input type="checkbox"/> מגדל להכנסה
קיים	קיים	קיים		קיים				<input type="checkbox"/> מגדל להכנסה פלוס

הערה: בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באובדן כושר עבודה על 75% ממוצע הכנסותיך המוצהרות ב- 12 החודשים האחרונים טרם קרות מקרה הביטוח, וכן יקוזז מסכום הפיצוי כל פיצוי חודשי המגיע לך ממבטח אחר והכול בכפוף לאמור בתנאי הפוליסה
* בהתאם לאמור בתנאי הפוליסה, הרחבת הכיסוי למקרה של נכות חלקית בשיעור העולה על 25% ועד 74%, תסתיים בהגיע המבוטח לגיל 60

כיסויים נוספים** (דמי הביטוח בגין הכיסויים הנוספים יגבו מעבר לדמי הביטוח לתוכנית הביטוח הבסיסית).

שם הכיסוי הנוסף	<input type="checkbox"/> מוות מתאונה	<input type="checkbox"/> נכות מתאונה	<input type="checkbox"/> מוות ונכות מתאונה (כולל ביטול חריג טרור)	<input type="checkbox"/> מגדל לחיים ריסק בפרמיה קבועה - נספח**
סכום הביטוח בש"ח				

** כיסויים נוספים עד גיל 65 או עד תום תקופת הביטוח, לפי המוקדם מביניהם. (גיל - כהגדרתו בתנאי הפוליסה)

מגדל מזור _____ שם סכום ביטוח. (תום תקופת ביטוח גיל 75. החל מגיל 70 ישולם פיצוי בגובה 50% מסכום הביטוח הנקוב).

למגדל מזור תופק פוליסה נפרדת. (ברכישת מגדל מזור יש למלא שאלון החלפה בריאות).

1. מסלולי השקעה לפוליסות: מגדלור לחיים 2013 להפקדות שוטפות ומגדל קשת לפרט

החברה הנהיגה מספר מסלולי השקעות לגבי התכניות המפורטות להלן ונקבעו תנאים למסלולי השקעות האמורים לרבות תנאים מיוחדים, הגבלות והשלכות לשינוי המסלול. בהעדר סימון תושקע ההפקדה לחסכון במסלול השקעה כללי 1, מסלול השקעה ברירת המחדל. מסלול זה הינו מסלול המנוהל לפי שיקול דעת החברה בכפוף לתנאים כקבוע בהסדר התחיקתי. **להלן בחירת** (יש לסמן את מסלול השקעה הנבחר):

בחירת מסלולי השקעה								שם הקופה
לפי הכשר הלכתי	אג"ח ופיקדונות 100%	מנייתי	כללי 3	כללי 2	אג"ח ופיקדונות (מינימום 65%)	אג"ח ופיקדונות (מינימום 80%)	כללי 1	
<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"/> מגדלור לחיים 2013 להפקדות שוטפות
273	131	128	127	126	124	123	73	
<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"/> מגדל קשת לפרט להפקדות שוטפות וחד פעמיות
270	231	248	247	246	244	243	230	



0111721203071214

עמוד מספר 3 מתוך 7 דפים

קוד מסמך 117

ט. התחייבויות והצהרות בעל הפוליסה, המועמד לביטוח (המבוטח) והנציג

אנו הח"מ מבקשים לערוך למבוטח ביטוח בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח שנבחרה בהצעה זו והננו מצהירים ומתחייבים כדלקמן:

הצהרה בקשר להסכמה להיות מבוטח: המועמד לביטוח והנציג, לפי העניין, מאשרים את הסכמתנו להיות מבוטחים בהתאם לקבוע בהצעה זו. בחתימתם על הצעה זו מסכימים בעל הפוליסה והמועמד לביטוח לתנאי פוליסת הביטוח ככל שהם נוגעים אליהם.

הצהרה בקשר לשליטה בכספים שהופקדו ואישור העברת מידע: המועמד לביטוח והנציג, לפי העניין, מאשרים כי ידוע להם שבהתאם לתנאי הפוליסה מוקנות לבעל הפוליסה זכויות לרבות הזכות להורות על השקעת כספי החיסכון, הזכות למשיכת כספי החיסכון, הזכות לקביעת מוטבים, הזכות לקבל הודעות ודיווחים, הזכות לשנות את דמי הביטוח והכיסויים הביטוחיים וכיו"ב זכויות, הכל כקבוע בתנאי הפוליסה והם מסכימים לכך. כמו כן מאשרים המועמד לביטוח והנציג, לפי העניין, כי החברה תמסור לבעל הפוליסה את כל המידע והנתונים בקשר עם דמי הביטוח לרבות החיסכון המצטבר.

הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה: בחתימתו על ההצעה מתחייב בעל הפוליסה לשלם את דמי הביטוח כמפורט בדף פרטי הביטוח ולהעבירם לחברה במועדים כקבוע בתנאי הפוליסה. בכל מקרה שבעל הפוליסה הינו תאגיד משפטי מאשר בעל הפוליסה כי החתומים מטה מוסכמים לחתום בשמו וכי חתימתו על טופס ההצעה מחייבת אותו לכל דבר ועניין.

הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה: כל התשובות, הפרטים והמידע שנמסרו במסגרת הצעה זו ו/או במסגרת הצהרת הבריאות ("המידע") הינם נכונים ומלאים. המידע כאמור הינו מהותי למבטח והוא משמש בסיס לחוזה הביטוח בדמי הביטוח ובתנאי כיסוי כפי שהוצעו, ומהווה חלק בלתי נפרד ממנו. אני מתחייב להודיע לחברה אם בעתיד יחול שינוי באלו מהמידע שנמסר וזאת מיד עם היוודע לי על דבר השינוי.

הצהרה בקשר לכיסוי אבדן כושר עבודה: אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה - המועמד לביטוח ובעל הפוליסה מצהירים בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבטוח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים 75% מהכנסתו הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. כן מצהירים המועמד לביטוח ובעל הפוליסה שידוע להם כי עליהם להודיע לחברה על כל שינוי במקצוע המועמד לביטוח או בעיסוקו שיחול במשך תקופת הביטוח.

אישור שמירה ושימוש בנתונים אישיים ואמצעי התקשורת עם המועמד לביטוח: בסעיף זה "מגדל" משמעה מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או חברות ו/או גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ. אני מאשר בזאת: (1) שהמידע שמסרתי במסגרת הצעה זו נמסר מרצוני ובהסכמתנו; (2) המידע והנתונים שמסרתי וכל עדכון שלהם ישמרו במאגרי המידע של מגדל וישמשו לבחינת ההצעה, להוצאת פוליסות, לניהול השוטף של תיק הביטוח ו/או תכנית פנסיה ו/או מוצרים/שירותים אחרים שרכשתי במגדל, למתן שירותים במסגרת הפוליסה ו/או המוצרים הפיננסיים, דיוור ישיר, עיבוד מידע, פילוח שיווקי, וכן לצורך יצירת קשר לפנייה בהזמנה להציע הצעות לרכישת פוליסות ביטוח, קופות גמל, קרנות פנסיה, קרנות נאמנות ומוצרים/שירותים נוספים של מגדל וקיום חובות על פי דין בקשר עם האמור לעיל; (3) החברה תהא רשאית להעביר את המידע והנתונים האודותי גם לסוכן הביטוח/ יועץ פנסיוני/ משווק פנסיוני המטפל בפוליסה מטעמי; (4) אם החברה תארגן פעילותיה במסגרת תאגיד אחר או תתמוג עם גוף אחר, היא תהא זכאית להעביר לתאגיד החדש העתק מן המידע שונאגר אודותי ובלבד שתאגיד זה יקבל על עצמו כלפי מגדל הוראת אישור זה;

(5) אני מסכים כי מידע ונתונים שמסרתי כאמור ישמשו גם לצורך יצירת קשר עימי, לרבות באמצעות פקסימיליה, מערכת חיג אוטומטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר או אמצעי תקשורת אחר. אם לא אהיה מעוניין במידע או בפנייה כאמור מצד החברה, אוכל להודיע על כך לחברה בכל עת.

איני מעוניין שתשלחו אלי פניות שיווקיות לגבי מוצרים ו/או שירותים של מגדל.

העברת מידע בקווי תקשורת: אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התכנית ו/או אודותי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט או באמצעי תקשורת חליפי, 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 מידע סבירים שהחברה נוקטת וכל עוד החברה נוקטת באמצעי אבטחת מידע כאמור. החברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת.

בקשה לקבלת קוד למערכת מידע אישי: אני הח"מ מבקש ומאשר לקבל בזואר רשום או באמצעי קשר אחר קוד הפעלה ראשוני למערכת מידע אישי באתר האינטרנט של מגדל כהגדרתה להלן, אודות תכניות 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 הראשוני יאפשר קבלת מידע מאתר האינטרנט רק בכפוף להשלמת תהליך הרישום לאתר האינטרנט.

הצהרה בדבר מרכיבי התכנית והתאמתם למבוטח: החברה מסרה לי כי תוכניות הביטוח המשווקות על ידיה מעת לעת, לרבות זו שנרכשה על ידי, מפורסמות באתר האינטרנט של החברה. מרכיבי התוכנית הנרכשת 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.

הצהרה בדבר קבלת יעוץ השקעות: אני החתום מצהיר בזה כי ידוע לי שלפי חוק הסדרת העיסוק ביעוץ רשאים ליעוץ בתחום ההשקעות רק יועצי השקעות מטעם הרשות לניירות ערך. הובהר לי, כי סוכן הביטוח אינו מוסמך לתת לי יעוץ השקעות, ואני מאשר כי לא קיבלתי ממנו כל יעוץ כאמור. כן אני מאשר כי ניתנה לי האפשרות להיוועץ עם יועץ השקעות מטעמי, בדבר סוג ההשקעות וכדאיותן.

הצהרה לעניין נציג: אני הח"מ נציג המועמד לביטוח מצהיר בזאת, כי הנני הנציג על פי דין של המועמד לביטוח וכי אני מוסמך לחתום בשמו וכי חתימתי על טופס הצעה זה מחייבת אותו לכל דבר ועניין בכל מקום בטופס זה בו נאמר המועמד לביטוח לרבות נציג המועמד לביטוח.

הצהרה לעניין FATCA - החברה הודיעה לי כי אם (1) אצהיר כי אני אזרח/תושב ארצות הברית או בדי Green Card או (2) אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני אזרח/תושב ארצות הברית או בדי Green Card וסירבתי למלא את הטפסים השוללים את קיומה של האינדיקציה לבקשת החברה תוך המועד החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הזיהוי שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה-FATCA.

 תאריך	 תאריך	 תאריך
חתימת נציג המועמד לביטוח ★	חתימת המועמד לביטוח ★	חתימת בעל הפוליסה ★

י. הצהרת הסוכן

הריני מצהיר בזאת, כי שאלתי את המועמד לביטוח ובעל הפוליסה בין היתר את כל השאלות המופיעות למעלה וקבלתי מהם את כל הפרטים, המידע והמסמכים הדרושים ובין היתר את הפרטים המפורטים בטופס זה על צרופותיו וכי מסרתי להם את כל המסמכים הנדרשים כקבוע בהסדר התחיקתי, וכי מסמך זה נחתם לפניי. כמו כן אני מאשר בזאת, כי בדקתי את תעודת הזהות של המועמד לביטוח, נציג המועמד לביטוח, ובעל הפוליסה והשוויתי את הפרטים המנויים בתעודת הזהות לפרטיהם המופיעים מעלה ומצאתי כי הם זהים.

אני מאשר בזאת כי בעת מילוי ההצעה לא מסר המועמד לביטוח / בעל הפוליסה לידי פרטים שמחייבים מילוי טופס W8 על ידו.

 תאריך	שם הסוכן	 תאריך
חתימת הסוכן ★		



0111721205071214



הצהרת בריאות

טופס מספר **1**

שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר פוליסה

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

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	גובה (ס"מ)	משקל (ק"ג)
מועמד לביטוח				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
מועמד שני לביטוח				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
מספר משפחתי	דואר אלקטרוני	מספר טלפון	מספר טלפון נייד			
מועמד לביטוח						
מועמד שני לביטוח						

סמן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)

1. עיסוקים / תחביבים / אורח חיים עם סיכון מיוחד לגבי כל אחד מהמועמדים לביטוח. אם כן, צרף שאלון. מועמד לביטוח לא כן מועמד שני לביטוח לא כן

2. עישון:	מועמד לביטוח	2. עישון:	מועמד שני לביטוח
<input type="checkbox"/> אינני מעשן ולא עישנתי בעבר		<input type="checkbox"/> אינני מעשן ולא עישנתי בעבר	
<input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (שנה / חודש) _____		<input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (שנה / חודש) _____	
<input type="checkbox"/> עישנתי בעבר עד שנת (שנה / חודש) _____		<input type="checkbox"/> עישנתי בעבר עד שנת (שנה / חודש) _____	

השאלה / המחלה	מועמד לביטוח		מועמד שני לביטוח	
	כן	לא	כן	לא
3. אלכוהול (22): אני צורך/צרכתי יותר מליטר אלכוהול בשבוע החל משנת _____ ועד שנת _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. סמים (22): אני צורך/צרכתי סמים. מזה _____ שנים שאיני צורך סמים. ציין את סוג הסמים, מתי ובמשך איזו תקופה (חודש/שנה): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. האם ייעוץ לך לעבור ניתוח או אופיסית בבית חולים ב-10 השנים האחרונות? האם עברת אי פעם ניתוח (3)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. האם נעדרת מהעבודה בשל מחלה למעלה מחודש ב-5 השנים האחרונות?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. האם אתה סובל או סבלת בעבר מאחת מן המחלות / הפרעות שלהלן:				
א. סרטן, גידול, גוש או ממאירות. יש לצרף דוח היסטולוגי ומכתב מרופא מומחה.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ב. עצבים וחושים, כגון: שיתוקים, סחרחורות והתעלפויות, אפילפסיה (4), כאבי ראש כרוניים (מיגרנות), הפרעות תנועה או תחושה, הפרעה בראיה (יש לציין הרכבת משקפיים רק כאשר העדשה/ות הן ממספר 8 ומעלה) (10) או בשמיעה (12), דיכאון או מחלות נפשיות (13).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ג. דרכי נשימה וריאות (1), כגון: אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, יריקת דם, שיעול ממושך, אמפיזמה, מחלת קרום הריאה או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ד. לב (2) וכלי דם (14), כגון: התקף לב, אוטם, טרומבוז, אניגיה פקטוריס, לחץ גבוה, אי ספיקת לב, הפרעות קצב הלב או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 סמני בצואה או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ו. כליות (18) ודרכי השתן (15), כגון: מחלות או זיהומים בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה (16) או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

מועמד שני לביטוח	שם קופת חולים: <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית
מועמד לביטוח	שם קופת חולים: <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית

הערות: _____

אני הח"מ, כל אחד מהמועמדים לביטוח, בשמי ובשם ילדי, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאפוטרופוס טבעי שלהם, מצהיר ומאשר,

- כל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות; (ב) אם אדרש לכך על-ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בבדיקה רפואית על-ידי רופא החברה והתשובות שתימסרנה על-ידי לרופא החברה תחשבנה כחלק בלתי נפרד מהצהרותי; (ג) **קבלת הביטוח:** ידוע לי כי הסכמת החברה לקבל אותי או כל אחד מן המועמדים 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 רלבנטי ורק עם סימוך תודיע לי החברה אם קבלה או לא קבלה את ההצעה. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
- ויתור על סודיות רפואית:** נתון 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 הביטוח, לקרנות הפנסיה, שלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, למסור "מגדל חברה לביטוח בע"מ" ו/או "למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ" ("המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי המבקש על מצב בריאות, ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהיני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותכם והקשורים למצבי הרפואי. הנני משרחך כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנגוע למצב בריאותי ו/או מחלתי כאמור, ולא תהייה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור. כן אני מייפה את המבקש לאסוף כל מידע שיראה בעיניי חשוב בקשר למצב בריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך ביורר הזכויות והחובות המוקנות על-פי תכניות הביטוח. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי ויבאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא 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.

תאריך	מועמד לביטוח / מועמד שני לביטוח	תחיתום	מועמד שני לביטוח
		<input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית	<input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית

תק"ט 452510009 (12.2014)



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר פוליסה

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

הוראה לחיוב חשבון - ביטוח חיים, בריאות, פנסיה

טופס מספר 5

לכבוד

שם הבנק	מספר סניף	מספר בנק	כתובת הסניף (רחוב)	מספר	ישוב	מיקוד
---------	-----------	----------	--------------------	------	------	-------

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

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

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

- נתונים/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו 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/מאתנו בכתב לבנק ול**מגדל 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 אוכיח/נוכיח בבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשמה, אם נקבעו.
- ידוע לי/לנו כי הפרטים שציינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/ינו להסדיר עם המוטב.
- ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב עפ"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 זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע.
- הבנק רשאי להוציא/ינו 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 ל**מגדל חברה לביטוח בע"מ** בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

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. 20310 ת"א 61202

קיבלנו הוראות מ- [] , לכבוד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/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 לביצוע, 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 בהתייבוייתכם כלפינו לפי כתב השיפי שנחתם על ידיכם.

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

תאריך	בנק וסניף	חתימה וחותמת הסניף *
--------------	------------------	-----------------------------

תשלום כרטיס אשראי בהוראת קבע

(לא ניתן לשלם באמצעות כרטיס אשראי החזרי הליוואה)

בעל כרטיס אשראי:		אני/מר/גברת:		
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	סוג הכרטיס	מספר הכרטיס

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם לחיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסות ביטוח חיים / בריאות / פנסיה, טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה ל**מגדל חברה לביטוח בע"מ** 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 שיונק 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.**

חתימת בעל/י החשבון *	תאריך
-----------------------------	--------------

