



| | |
|-------------|------------------|
| שם הסוכן | מספר רשיון הסוכן |
| שם המפקח | מספר סוכן |
| מספר פוליסה | |

| |
|--|
| המועד המבוקש להתחלת הביטוח* |
| 01/ |
| * מועד תחילת הכיסוי יקבע לפי המאוחר מבין: תאריך החתימה על ההצעה או תאריך הביטוח הרשום לעיל. הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת הביטוח. |
| מספר הסכם |

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

הצעה לביטוח לפרט - לכיסויים ביטוחיים בלבד (תוכניות שאינן מוכרות כקופת גמל)

טופס מספר **165**

מובהר בזאת כי כל המונחים בהצעה להלן יפורשו כהגדרתם בתנאים הכלליים של הפוליסה. בכל מקום בהצעה שקיימת התייחסות לגיל המבוטח הכוונה לגיל הביטוחי כהגדרתו בתנאים הכלליים של הפוליסה.

א. פרטי המועמדים לביטוח - אם לא קיימת זהות בין המבוטח לבעל הפוליסה יש למלא גם סעיף ב'

| פרטי המועמד לביטוח | | | | | | |
|------------------------------|---------------------|---------|------------|--|---|------------|
| מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | מין | מצב משפחתי | |
| | | | | זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> | ר <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> | |
| יישוב | כתובת מגורים (רחוב) | מס' בית | מס' דירה | ת"ד | מיקוד | מספר טלפון |
| | | | | | | |
| מספר טלפון נייד | דואר אלקטרוני | | | | | |
| | | | | | | |
| מקצוע | עיסוק | | | | | |
| | | | | | | |
| פרטי המועמד השני (בן/בת זוג) | | | | | | |
| מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | מין | מצב משפחתי | |
| | | | | זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> | ר <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> | |
| יישוב | כתובת מגורים (רחוב) | מס' בית | מס' דירה | ת"ד | מיקוד | מספר טלפון |
| | | | | | | |
| מספר טלפון נייד | דואר אלקטרוני | | | | | |
| | | | | | | |
| מקצוע | עיסוק | | | | | |
| | | | | | | |

מחזור 08.2019

ב. פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה - חובה למלא אם בעל הפוליסה אינו המבוטח

| מספר זהות / ח"פ / ח"צ | שם משפחה / שם חברה | שם פרטי | תאריך לידה | מין |
|-----------------------|---------------------|---------|------------|--|
| | | | | זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> |
| יישוב | כתובת מגורים (רחוב) | מס' בית | מס' דירה | ת"ד |
| | | | | |
| דואר אלקטרוני | | | | |
| | | | | |

ג. זיקה בין המשלם למבוטח/בעל הפוליסה

סמן את מהות הקשר בין המשלם למבוטח/בעל הפוליסה

קרבה מדרגה ראשונה (בן זוג, הורה, ילד, אח) פרט

קרבה משפחתית שאינה ממדרגה ראשונה. פרט

יחסי עובד מעביד שותף עסקי

סוכן יועץ בכל מקרה בו הסוכן הוא צד לזיקה יש למלא שאלון נפרד

זיקה אחרת, פרט _____

אין

הצהרת המשלם: אני הח"מ, מצהיר בזאת על נכונות הפרטים בסעיף ב' והפרטים אודות אופן תשלום הפרמיה והגבייה ועל כך שהתשלום הנ"ל יבוצע עבור 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.

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



017501650108120819

עמוד 1 מתוך 8 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 750

**ד. הביטוח היסודי המבוקש (לכל אחד מהמבוטחים תפתח פוליסה נפרדת)**

| גיל תום הביטוח | סכום הביטוח | הביטוח היסודי | |
|---|-------------|---------------|--------|
| 75 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> | ש"ח _____ | | אור *1 |
| 75 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> | ש"ח _____ | | אור *1 |

* תום ביטוח "אור 1" – אם לא יסומן תום ביטוח "אור 1", ברירת המחדל תהיה 67 (הגיל – כהגדרתו בתנאי הפוליסה)

שחרור מתשלום פרמיות במקרה אובדן כושר עבודה כולל אובדן כושר עבודה חלקי בדמי ביטוח משתנים

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> מבוטח ראשי | <input type="checkbox"/> מבוטח שני (בן/בת זוג) |
| כיסוי לגיל תום _____ (ניתן בין 60-67, ברירת המחדל בהעדר הנחיות תהיה 67) | כיסוי לגיל תום _____ (ניתן בין 60-67, ברירת המחדל בהעדר הנחיות תהיה 67) |
| <input type="checkbox"/> הגדרת עיסוק ספציפי | <input type="checkbox"/> הגדרת עיסוק ספציפי |
| <input type="checkbox"/> פרנצי'זה | <input type="checkbox"/> פרנצי'זה |
| <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל- 1 חודש <input type="checkbox"/> 2 חודשים יש לסמן רק אפשרות אחת, לא ניתן לרכישה עם פרנצי'זה | <input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל- 1 חודש <input type="checkbox"/> 2 חודשים יש לסמן רק אפשרות אחת, לא ניתן לרכישה עם פרנצי'זה |

ה. מגדל הכנסה למשפחה (יירכש בפוליסה נפרדת)מועמד לביטוח: מגדל הכנסה למשפחה. (באפשרותך לקבוע סכום ביטוח שונה ותקופת ביטוח שונה לכל אחד מהמוטבים המצוינים שלהלן):

| קרבה למבוטח | מספר זהות של המוטב | תאריך לידה | שם פרטי של המוטב | שם משפחה של המוטב | תקופת הביטוח ** (בשנים) | סכום התשלום החודשי במקרה מות המבוטח * |
|-------------|--------------------|------------|------------------|-------------------|-------------------------|---------------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

המועמד השני לביטוח (בן/בת זוג): מגדל הכנסה למשפחה. (באפשרותך לקבוע סכום ביטוח שונה ותקופת ביטוח שונה לכל אחד מהמוטבים המצוינים שלהלן):

| קרבה למבוטח | מספר זהות של המוטב | תאריך לידה | שם פרטי של המוטב | שם משפחה של המוטב | תקופת הביטוח ** (בשנים) | סכום התשלום החודשי במקרה מות המבוטח * |
|-------------|--------------------|------------|------------------|-------------------|-------------------------|---------------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

** סכומי הביטוח צמודים למדד עד מות המבוטח, החל ממועד זה ישולם סכום התשלום החודשי למוטבים כשהוא צמוד לתוצאות ההשקעות במסלול ההשקעה כמוגדר בפוליסה. ** סיום הביטוח בהתאם לתקופת הביטוח שצוינה לעיל, אך לא יאוחר מגיל 70 של המבוטח

ו. מועד ואופן תשלום דמי הביטוח

לתשומת לבכם: הוראה לחיוב חשבון, אשר מוגבלת במועד או בתקרת סכום, אינה מתאימה למוצרי ביטוח/פנסיה/גמל ולכן חברתנו מאפשרת לקבל הוראות בעלות הרשאה כללית 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. | <input type="checkbox"/> חודשי |
| | <input type="checkbox"/> הוראת קבע |
| | <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי |

ז. ביטוחים נוספים עבור מועמד לביטוח ומועמד שני לביטוח

| מועמד | סוג ביטוח | ** מוות מתאונה | ** נכות מתאונה | ** מוות ונכות מתאונה (כולל ביטול חריג טרור) | *תשלום מחצית מסכום הביטוח במקרה מחלה חשוכת מרפא |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|---|
| למועמד לביטוח | סכום הביטוח _____ ש"ח | סכום הביטוח _____ ש"ח | סכום הביטוח _____ ש"ח | סכום הביטוח _____ ש"ח | <input type="checkbox"/> |
| למועמד שני לביטוח | סכום הביטוח _____ ש"ח | סכום הביטוח _____ ש"ח | סכום הביטוח _____ ש"ח | סכום הביטוח _____ ש"ח | <input type="checkbox"/> |

* תום הביטוח לכיסוי זה יהיה 12 חודשים לפני מועד הסיום של הכיסוי אור 1 ריזיקו מתחדש.

** ביטוחים נוספים - עד גיל 65 או עד תום תקופת הביטוח היסודי, לפי המוקדם ביניהם.

מחזור 08.2019



ח. פרטי ילדים* (למילוי במקרה של רכישת כסויים נוספים עבור ילדים)

| מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | מין |
|-----------|----------|---------|------------|--|
| | | | | זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> |
| | | | | זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> |
| | | | | זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> |
| | | | | זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> |

* מתחת לגיל 18.

כסויים נוספים עבור הילדים (ביטוחים נוספים עד גיל 25 או עד תום תקופת הביטוח, לפי המוקדם)

| | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> נכות מתאונה* | <input type="checkbox"/> מוות ונכות מתאונה*(כולל ביטול חריג טרור) |
| ש"ח _____ | ש"ח _____ |
| סכום הביטוח לילדים | |

לתשומת לבך - סכום הביטוח הנקוב הינו עבור כל אחד מהילדים בנפרד. * כיוני נוסף בפוליסת ההורה

ט. מוטבים: בחיי המבוטח - המבוטח. במות המבוטח:

| מועמד לביטוח | מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | קרבה למבוטח | החלק היחסי (%) בתגמולי הביטוח |
|------------------------------|-----------|----------|---------|------------|-------------|----------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| מועמד שני לביטוח (בן/בת זוג) | מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | תאריך לידה | קרבה למבוטח | החלק היחסי (%) בתגמולי הביטוח |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

י. הצהרת הסוכן בדבר התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח - חובה לסמן את אחת מהאפשרויות

1. הריני מצהיר כי התאמתי את הביטוח לצרכי המועמד לביטוח וכי תהליך ההתאמה כלל בין היתר התייחסות לביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשות המועמד לביטוח, לסוגי הביטוחים הרלוונטיים הקיימים בחברת הביטוח וכן לסוגי הביטוחים הרלוונטיים המשוקים על ידי.
2. הריני מצהיר שבחנתי את רשימת מוצרי הביטוח הקיימים של המועמד לביטוח המונפקת באמצעות אתר הר הביטוח (לכל הפחות) ומצאתי כי:

יש לסמן את אחת מהאפשרויות

| | |
|---|--------------------------|
| מבוטח ראשי | מבוטח משני |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| קיימת למועמד פוליסה עבור מקרה ביטוח דומה במגדל או בחברת ביטוח אחרת. | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| קיימת למועמד פוליסה עבור מקרה ביטוח דומה במגדל או בחברת ביטוח אחרת - על המועמד לאשר את הצטרפותו לתכנית נוספת בסעיף יא' או לחילופין לסמן כי בכונתו לבטל את הפוליסה הקיימת בסעיף י' | |

| | | |
|-------|---------------|---------------|
| תאריך | חותמת הסוכנות | חותמת הסוכן ★ |
| | | |

יא. הקטנה / ביטול פוליסה / כיוני ביטוחי שבתוקף

| | |
|---|--|
| מבוטח ראשי | מבוטח משני |
| 1. האם קיימת ברשותך פוליסה/כיוני ביטוחי, שברצונך לבטל בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו? | לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> |
| 2. האם קיימת ברשותך פוליסה/כיוני ביטוחי, שבכוונתך להקטין בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו? | לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> |
| אם ענית כי ברצונך לבטל את הפוליסה הקיימת ברשותך: האם ברצונך כי בקשת הביטול תשלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת: 1. על ידיך 2. על ידי סוכן הביטוח, יש למסור לסוכן טופס בקשת ביטול מס' 305 חתום 3. על ידי חברת הביטוח מגדל, יש לצרף טופס בקשת ביטול מס' 305 חתום ולציין את שם חברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת | 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> |
| | 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> |

(מהדורה 08.2019)



יא. הקטנה / ביטול פוליסה / כיסוי ביטוחי שבתוקף - המשך

הצהרת הסוכן:

הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול אל חברת הביטוח בה מתנהלת הפוליסה הקיימת שברשות המבוטח או מתחייב להעביר את הבקשה אל מגדל, למשלוח באמצעותה, לפי בחירת המבוטח.

| | | | |
|--|------------------|------------------|--|
| | חתימת ★ הסוכן | חותמת הסוכנות | |
|--|------------------|------------------|--|

לתשומת לב: ככל שיקבעו לך החרגות בהליך החיתום, תשובה חיובית לשאלה מס' 1 או 2 לסעיפים שלעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השווה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת הפוליסה החדשה.

יב. אישור המועמד/ים להצטרפות לתכנית נוספת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה

הנני מבקש להצטרף לתכנית המבוקשת על אף שיש בידי פוליסה קיימת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה וכי ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח (פרמיות) עבור שתי הפוליסות.

אישור זה מתייחס לתוכניות ביטוח למקרה מוות או שחרור מתשלום פרמיות במקרה אובדן כושר עבודה, או נכות מתאונה.

| | | | |
|--|------------|--|-----------|
| | חתימה ★ | | ראשי |
| | חתימה ★ | | בן/בת זוג |

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

יג. הצהרות המבוטח/ים

אני הח"מ מבקש להתקבל כמבוטח בהתאם לתנאי פוליסות הביטוח שנבחרה בהצהרה זו ואני מצהיר כדלקמן:

הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה: כל התשובות, הפרטים והמידע האחר שנמסר 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. ידוע לי כי אי מסירת תשובות מלאות וכנות עלולה להשפיע על תשלום תגמולי הביטוח. אני מתחייב להודיע לחברה אם בעתיד יחול שינוי באלו מהמידע שנמסר וזאת מיד עם היוודע לי על דבר השינוי.

הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה: אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה - המועמד לביטוח מצהיר בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבוטח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 75% מהכנסתו הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. כן מצהיר המועמד לביטוח שידוע לו כי עליו להודיע לחברה על כל שינוי במקצועו או בעיסוקו שיחול במשך תקופת הביטוח.

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות: אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ישמר במאגרי המידע של החברה כן בגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ או מי מטעמם, 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 בדיון (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגדי).

הצהרה בדבר מרכיבי התכנית והתאמתם למועמד לביטוח: החברה מסרה לי כי תכנית הביטוח המשווקת על ידה מעת לעת, לרבות התכנית נשוא הצעה זו, מפורסמות באתר האינטרנט של החברה. מרכיבי התכנית הנרכשת לרבות הכיסויים הביטוחיים, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי ביטוח וגבולות אחריות עיקריים, וכן אמצעי התשלום ותנאי התשלום האפשריים הובאו לידיעתי. כמו כן, נמסר לי דבר קיומם / אי קיומם של תקופת המתנה ו/או תקופת אכשרה ו/או החרגות לכיסוי הביטוחי ו/או השתתפות עצמית, גובה הנחות (במידה וישנן) והתנאים לביטול, וידוע לי כי באפשרותי לקבל מידע מפורט בעניין זה. כן ידוע לי, כי קיימות בחברה תכניות ביטוח נוספות מסוגים שונים, הנבדלים מהתכנית הנרכשת בהרכב הכיסוי הביטוחי, בעלותם ובהיקפם, ואני מאשר, כי התכנית אליה אני מבקש להתקבל, נבחרה לאחר שמצאתי אותה מתאימה לצרכי. כמו כן נמסר לי כי מעת לעת מוציאה החברה תכניות חדשות וכי ראוי לבדוק ולברר בכל עת בעתיד את המוצר הנרכש ביחס לאלו שהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התכנית נשוא ההצעה עשויים להשתנות.

העברת מידע בקווי תקשורת: אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התכנית ו/או אודותיי 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 מהווים 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.

איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי

לתשומת ליבך, רשות שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר 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

לידיעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

| | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--|--|
| | חתימת המועמד לביטוח ★ | חתימת המועמד לביטוח ★ | חתימת המועמד לבעלות פוליסה ★ | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--|--|





י.ד. הסכמה לפניות שיווקיות - (רשות)

אני מסכים / לא מסכים כי המידע ישמש את החברה ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לרבות סוכן הביטוח שלי, לצורך שיווק ודיוור ישיר אודות כיוסיים ביטוחיים ומוצרים ו/או שירותים פיננסיים, פיננסיים ואחרים ולפנייה בהצעה לרכישתם, וזאת בין היתר באמצעות פקסימיליה, הודעה אלקטרונית (דוא"ל), הודעת מסר קצר (SMS), מערכת חיוג 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 בטלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני mokedbi@migdal.co.il.

| | | |
|--|----------------------------|-------|
| | חתימת המבוטח/בעל הפוליסה ★ | תאריך |
|--|----------------------------|-------|

ט.ו. הצהרות הסוכן

הריני מצהיר בזאת כי שאלתי את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות למעלה וקיבלתי ממנו את כל הפרטים/המסמכים שפורטו וצורפו לטופס זה

| | | |
|--|---------------|-------|
| | חתימת הסוכן ★ | תאריך |
|--|---------------|-------|





הצהרת בריאות

טופס מספר **481**

| | |
|-------------------------|------------------|
| שם בעל הרישיון הפנסיוני | מספר בעל הרישיון |
| שם המפקח | מספר פוליסה |

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

הנחיות למילוי הטופס:

השאלון ימלא עבור כל אחד מהמועמדים לביטוח. יש לסמן כן/לא. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט אשר מספרו רשום בסוגריים וכן לצרף מידע רפואי רלוונטי לרבות תוצאות בדיקות. השאלון מנוסח בגוף זכר יחיד לשם הנוחות, אך מיועד לשני המינים.
על כל מועמד שגילו 65 ומעלה לצרף תמצית רפואית המתייחסת למצבו הרפואי וכוללת את הפרטים הבאים לפחות: ניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו בחמש השנים האחרונות.

חלק א' - פרטים כלליים

מועמד ראשי לביטוח:

| | | | | |
|-----------|----------|---------|---------------------------|-------------|
| מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | גובה (ס"מ)* | משקל (ק"ג)* |
| | | | * נדרש למלא מגיל 10 ומעלה | |

שם קופת החולים: מכבי מאוחדת כללית לאומית

מועמד שני לביטוח:

| | | | | |
|-----------|----------|---------|---------------------------|-------------|
| מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | גובה (ס"מ)* | משקל (ק"ג)* |
| | | | * נדרש למלא מגיל 10 ומעלה | |

שם קופת החולים: מכבי מאוחדת כללית לאומית

חלק ב' - רקע רפואי ואורח חיים:

| שם ילד 1 | שם ילד 2 | שם ילד 3 | שם ילד 4 | רקע רפואי ואורח חיים: | מועמד שני לביטוח | | מועמד לביטוח | |
|----------|----------|----------|----------|--|------------------|----|--------------|----|
| | | | | | לא | כן | לא | כן |
| | | | | 1 האם יש לך עיסוקים/תחביבים/אורח חיים עם סיכון מיוחד? אם כן, צרף שאלון תחביבים/מקצועי. ברכישת כיסוי לאובדן כושר עבודה או נכות מתאונה, אנו מבקשים להסב את תשומת לבך לרשימת פעילויות של ספורט אתגרי אשר מוחרגות מתכנית הביטוח ואינן מכוסות. הרשימה מופיעה באתר החברה בדף מוצר הביטוח ומתעדכנת מעת לעת. ההחלטה תהיה נכונה למועד קרות מקרה הביטוח. הננו ממליצים לבדוק את רשימת ההחרגות לספורט אתגרי מעת לעת. | | | | |
| | | | | 2 האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק לרבות סיגריות אלקטרוניות) אם כן ציין מס' סיגריות/פעמים שמעשן ביום: מבוטח ראשי _____ בן/בת זוג _____ | | | | |
| | | | | 3 אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות? | | | | |
| | | | | 4 האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ- 2 כוסות אלכוהול ליום? (22) | | | | |
| | | | | 5 האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר? (22) | | | | |
| | | | | 6 האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע? (21) | | | | |
| | | | | 7 האם ב- 5 השנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית ו/או פולשנית ו/או בדיקת הדמיה ונמצא בה ממצא שהצריך ברור/מעקב רפואי? אם כן צרף את תוצאות הבדיקות ופרט: _____ | | | | |
| | | | | 8 האם נקבעה לך נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות ו/או מתעתד להגיש תביעה לנכות מכל סוג? (23) | | | | |
| | | | | 9 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) | | | | |





חלק ג'

| שם ילד 4 | | שם ילד 3 | | שם ילד 2 | | שם ילד 1 | | האם במהלך חייו אובחנו מומים/ הפרעות באחד או יותר מהאיברים ו/או המערכות הבאים ו/או חילית באחת המחלות הבאות? | מועמד שני לביטוח | | מועמד לביטוח | | |
|----------|----|----------|----|----------|----|----------|----|--|------------------|----|--------------|----|--|
| לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | | לא | כן | לא | כן | |
| | | | | | | | | מערכת העצבים, המוח ו/או הפרעות התפתחויות: לרבות אפילפסיה (4), אירוע מוחי, גידול מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, רעד, פרקינסון, שיתוק, פוליו, אספרגר, אוטיזם, הפרעות קשב וריכוז, סחרחורת והתעלפויות. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות? | 1 | | | | |
| | | | | | | | | נפש: לרבות דיכאון (13), חרדות, תסמונת פוסט טראומטית. האם אובחנת כחולה במחלת נפש? | 2 | | | | |
| | | | | | | | | מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני (24). | 3 | | | | |
| | | | | | | | | מערכת ריאות ודרכי נשימה (1): לרבות אסטמה, ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואיזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות, שחפת. | 4 | | | | |
| | | | | | | | | מערכת הראיה (11): לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 7, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס. | 5 | | | | |
| | | | | | | | | מערכת אף אוזן וגרון: לרבות ירידה בשמיעה (12), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טינטון, פוליפים, פגיעה במיתרי הקול. | 6 | | | | |
| | | | | | | | | מערכת הלב/הלחץ דם (2), (28 כלי דם (14): לרבות יתר לחץ דם, כאבים בחזה, התקף לב, אי ספיקת לב, מום מולד בלב, הפרעות קצב, איוושה, פגיעה במסתמים, טרומבוזה, תסחיף ריאתי, מפרצת אורטה, ורידים מורחבים, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים. האם עברת צנתור? | 7 | | | | |
| | | | | | | | | בקע ומערכת העיכול (6): לרבות בקע/שבר/הרניה מכל סוג שהוא, ריפולקס (החזר וושטי), קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, רקטוצלה, הפטיטיס/צהבת, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת (ציריזיס), אבנים בדרכי המרה ו/או כיס מרה, דלקת בלבלב (פנקריאטיטיס). | 8 | | | | |
| | | | | | | | | מערכת כליות ודרכי שתן (15): לרבות אי ספיקת כליות, כליה פולציסטיט, מום בכליה או מום אחר, אבנים, ריפולקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות חוזרות, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית (16). | 9 | | | | |
| | | | | | | | | מחלה מטבולית, הורמונאלית (אנדוקרינולוגיה): לרבות סוכרת (7), שומנים בדם (9), שיגרון (גאון), גושה, FMF (18), בלוטת התריס/המגן (8), יתרת המגן/ התריס, יתרת המח (פרולקטינומה/ פרולקטינימה), הפרעות בגדילה. | 10 | | | | |
| | | | | | | | | מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות (3): לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת הדם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון, איידס/ נשאות, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים. | 11 | | | | |
| | | | | | | | | מערכת השלד, השרירים, מפרקים (19), בעיות ברכיים (17): לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/ רצועות, כאבי גב (5), בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן (אוסטיאופורוזיס/ אוסטיאופניה), פרטס, מחלת מפרקים ניוונית/אוסטאוארטרוזיס, דלקת מפרקים שגרנית (ראומטיד ארטריטיס), לופוס (זאבת), פיברומיאלגיה, תסמונת התשישות הכרונית, סקלרודרמה. | 12 | | | | |
| | | | | | | | | מערכת עור ומין (26): לרבות פסוריאזיס, מפמיגוס, אקזמה, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/ קנדידילומה. | 13 | | | | |
| | | | | | | | | מערכת הרבייה (27): נשים: לרבות גוש בשד/ אבצס בשד, דימומים בלא קשר לווסת החודשית, רחם שרירני, אנדומטריזיס, ציסטות שחלתיות, הפלות חוזרות, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פריון, האם את כעת בהריון? גברים: גוש בשד/ אבצס בשד, בעיות פריון, אשך טמיר, גידול באשך, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס. | 14 | | | | |

הערות:

חלק ד' - הצהרות

הצהרה זו תחול ותחייב כל אחד מהמועמדים לביטוח שנכללים בהצעה זו (לרבות בן / בת זוג, אם נכללו). אני הח"מ, המועמד הראשי לביטוח וכל אחד מהמועמדים הנכללים בהצעה, מצהיר ומאשר בזאת:

- כל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. (ב) אם אדרש לכך על ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בדיקה רפואית על ידי רופא החברה והתשובות שיתמסרה על ידי לרופא החברה תחשבה כחלק בלתי נפרד מהצהרותיי. (ג) קבלה לביטוח: ידוע לי כי הסכמת החברה לקבל אותי או כל אחד מהמועמדים לביטוח, כרוכה בין היתר, כהליך של חיתום, שעל פיו החברה מעריכה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים, נתונים סטטיסטיים, מידע רפואי או כל מידע אחר רלבנטי ורק עם סיומו תודיע לי החברה אם קיבלה או לא קיבלה את ההצעה. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
- 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 כל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות, מכון מור, ובתי החולים האחרים, מרפאות בריאות הנפש, בית החולים גהה, המוסד לביטוח לאומי לרבות מידע על תשלומים ששילם ומשלם לי. לחברות הביטוח לקרנות הפנסיה (לרבות המבקש, לפי העניין), שלטונות 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" ("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 שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד. וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותם והקשורים למצבי הרפואי. הנני משהרר כל גוף או אדם שפרטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כאמור ולא תהינה 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 בירור הזכויות והחובות המקוננות על פי תכניות הביטוח. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי 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.

השימוש במידע יעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד

| | | | |
|---|------------------------|---|---|
| חתימת מועמד לביטוח / נציג המועמד לביטוח | חתימת מועמד שני לביטוח | חתימת מועמד לביטוח / נציג המועמד לביטוח | תאריך |
| חתימת הסוכן / עד לחתימה | מספר רישיון סוכן | שם פרטי ומשפחה | הצהרת סוכן הביטוח /עד לחתימה: אני הח"מ מאשר בזאת כי המועמד לביטוח חתם בפני: |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

6067



011130010708010419

עמוד 7 מתוך 8 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 113



הוראה לחיוב חשבון - ביטוח חיים, בריאות, פנסיה

טופס מספר **5**

| | |
|-------------------------|------------------|
| שם בעל הרישיון הפנסיוני | מספר בעל הרישיון |
| שם המפקח | מספר סוכן |

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

| | | | | | | | |
|----------------|--------------|---|-------|--------------------|----------|-----|-------|
| 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 type="checkbox"/> בכל הפוליסות/תוכניות <input type="checkbox"/> בפוליסות/בתכניות - מספר: | | | | | |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. |
| 9. | 10. | | | | | | |

הרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות

הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב ש"ח _____

מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום _____

(אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח הם יחזרו 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 בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק):

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

1. נותנים 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 לרבות חיובי הוצאות עקב אי כיבוד הוראת קבע בגין הפוליסות הנ"ל, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
2. כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:
 - א. עלי/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.
 - ב. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מתנו 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 ידי/נו 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 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 שביני/נו 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 שביני/נו 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 יקבע מעת לעת ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ עפ"י תנאי הפוליסה/ות / התכנית/ות ותוספותיה/ן.

| | |
|-------|-------------------|
| תאריך | חתימת בעלי החשבון |
|-------|-------------------|

אישור הבנק לכבוד **מגדל חברה לביטוח בע"מ** ת.ד. 3063 פ"ת מיקוד 4951106
לכבוד **מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ** ת.ד. 3778 פ"ת מיקוד 4951106

קיבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/נן 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 או אחרת לביצוען. כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב ע"י בעלי החשבון או כל עוד לא הוצאו/ בעלי 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 |
| | | סניף | בנק | |
| | | | 00602 | |
| תאריך | בנק וסניף | חתימה וחותמת הסניף | | |

תשלום בכרטיס אשראי בהוראת קבע

(לא ניתן לשלם באמצעות כרטיס אשראי החזרי הלוואה)

| | | | | | |
|-----------|----------|---------|------------|-------------|-----------------|
| מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | סוג הכרטיס | מספר הכרטיס | בעל כרטיס אשראי |
|-----------|----------|---------|------------|-------------|-----------------|

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסת ביטוח חיים/בריאות / פנסיה. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה למגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת האשראי לרבות חיובי הוצאות עקב אי כיבוד הוראת קבע בגין הפוליסות הנ"ל. הנני מסכים כי הסדר זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח ו/או קרן הפנסיה 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/קרן הפנסיה.

| | | |
|--|-------|-------------------|
| אם המשלם אינו מועמד לביטוח יש לפרט את מהות הקשר בינו לבין המועמד/ים לביטוח | תאריך | חתימת בעלי החשבון |
|--|-------|-------------------|

מגדל חברה לביטוח בע"מ
מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ



011120050808220719

עמוד 8 מתוך 8 דפים

קוד מסמך: 112