



מספר הסכם	מספר הסוכן	מספר פוליסה
שם הסוכן		שם המפקח

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

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

## הצעה לביטוח בריאות וסיעוד - למשפחות מרובות ילדים

טופס מספר **228**

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 ישראלי?	<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"/>
<b>מבטוח</b>	<b>מספר זהות</b>			
ראשי				
בן/בת זוג				
ילדים עד גיל 18	ילד 1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	8			
פרטי נציג*				
<b>כתובת</b>	<b>יישוב</b>			
	<b>מס' בית</b>	<b>מס' דירה</b>	<b>ת"ד</b>	<b>מיקוד</b>
<b>מספר טלפון</b>				
<b>דואר אלקטרוני של הראשי</b>	<b>מס' טלפון נייד של הראשי</b>		<b>דואר אלקטרוני של בן/בת זוג</b>	
<b>כתובת מגורים של בן/בת הזוג</b>	<b>יישוב</b>		<b>כתובת מגורים של בן/בת הזוג</b>	
יש למלא רק אם שונה מהכתובת שצויינה לעיל.				

מבטוח	מצב משפחתי	שם קופת חולים				מוטבים - היורשים על פי הדין
		מכבי	כללית	מאוחדת	לאומית	
ראשי	<input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	באפשרותך למנות מוטבים אחרים, באמצעות טופס מספר 568 - הוראה למינוי מוטבים, שעליך למלא ולשלוח למגדל.
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ילדים עד גיל 18		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### אופן תשלום דמי הביטוח

מועדי תשלום דמי הביטוח:

חודשי\*  רבע שנתי  חצי שנתי  שנתי

\* באמצעות כרטיס אשראי או הוראת קבע עפ"י טופס 599.





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

מגדל בריאות

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

[1] הוצאות רפואיות			המועמד			[1] הוצאות רפואיות - המשך			המועמד		
סוג התכנית	שם התכנית	ראשי	בן/בת זוג	ילדים	סוג התכנית	שם התכנית	ראשי	בן/בת זוג	ילדים	סוג התכנית	שם התכנית
יסודי	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כתבי שירות	אבחון מהיר ושירותים בעת אשפוז	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			קונסיליום	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			רפואה משלימה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
יסודי	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2] מחלות קשות - יסודי		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<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"/>
נספח	ייעוץ ובדיקות אבחנתיות - אמבולטורי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		סכום ביטוח בש"ח	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			נספחים לאמבולטורי בכפוף להצטרפות בריאות	שיקום ואביזרים רפואיים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
נספחים לאמבולטורי בכפוף להצטרפות בריאות	הרחבה לאמבולטורי לילד	<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"/>			מזור מורחב	<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**[3] סיעוד - מגדל דואגים למחר**

מסלול משלים				תקופת המתנה 45 ימים			התכנית
נספח הבטחה למחר*	תקופת המתנה 60 חודשים פיצוי חודשי בש"ח	נספח הבטחה למחר*	תקופת המתנה 36 חודשים פיצוי חודשי בש"ח	נספח הבטחה למחר*	סכום פיצוי חודשי בש"ח	תקופת פיצוי בשנים	מבוטח
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/>	ראשי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/>	בן/בת זוג
						3 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/>	ילדים מגיל 3

\* באפשרותך למנות מוטבים, באמצעות טופס - מספר 568 הוראה למינוי מוטבים, שעליך למלא ולשלוח למגדל.

**[4] תאונות אישיות**

מוות מתאונה ונכות צמיתה מתאונה (סכום בש"ח לכל אחד מהכיסויים)	נספחים לחבילות ארד וכסף (2)			מגדל דואגים למשפחה מורחב (1)				התכנית / הסכום בש"ח		
	ביטול חריג ספורט אתגרי	ביטול חריג (מעל גיל 21)	עד 250 סמ"ק	מעל 250 סמ"ק	פלטינום	זהב	כסף	ארד		
<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"/>	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"/>	בן/בת זוג	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ילדים מגיל 3	
הערות לביטוח תאונות אישיות (לסעיפים 4 ו-5): (1) הסכום בש"ח למבוטח מבוגר (ילד יינתן 50% מהסכום). (2) סכום ביטוח מקסימלי עבור רכישה נספחי ביטוח חריג הינו עד 150,000 ש"ח למבוטח במצטבר. (3) במקרה בו נרכשו בטופס זה יותר מתכנית אחת, יצורפו הנספחים המבוקשים לכל אחת מהן בנפרד. (4) ניתן לרכוש פיצוי עד 1000 ש"ח.					350,000	200,000	150,000	100,000	מוות מתאונה / נכות צמיתה מתאונה	
						60,000	40,000	20,000	15,000	שברים מתאונה / כוויות מתאונה
						750	450	300	150	פיצוי בגין ימי אישפוז מתאונה
						65,000	40,000	25,000	20,000	סיעוד מתאונה

**[5] נספחים לתאונות אישיות**

אי-כושר מתאונה לתק' של עד 36 חוד' (מגיל 21)	הוצאות טיפול רפואי ושיניים מתאונה		אשפוז מתאונה (4) סכום ליום בש"ח		הוצאות רפואיות (3)	התכנית
	20,000 ש"ח	10,000 ש"ח	ימי המתנה 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	ימי המתנה 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		מבוטח
תקופת המתנה בימים	פיצוי חודשי בש"ח	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ש"ח	<input type="checkbox"/>	ראשי
30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	ש"ח	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ש"ח	<input type="checkbox"/>	בן/בת זוג
30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	ש"ח	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ש"ח	<input type="checkbox"/>	ילדים מגיל 3





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מבטח ראשי

**ג. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול לחוד על מבטח (מבוגר) ועל בן/בת זוג - יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות.**

מועמד ראשי	בן/בת זוג	סמן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)	
		כן	לא
כן	לא	<b>אורח חיים</b>	
		גובה בס"מ	
		משקל בק"ג	
		1	א. האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק) אם כן ציין מס' סיגריות / פעמים שמעשן ביום _____
			ב. אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות?
		2	האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום? (22)
		3	האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר? (22)
כן	לא	<b>רקע רפואי</b>	
		1	האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע או נמצא כעת במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית? (21)
		2	האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת או עברת ניתוח ו/או יעצו לך לעבור ניתוח? (3)
		3	האם ב-5 השנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית לרבות בדיקת הדמיה ו/או הבדיקה פולשנית ונמצא בה ממצא שהצריך ברור/מעקב רפואי או הנך נמצאת כיום במהלך של בדיקות רפואיות אלו שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית בגינן? אם כן, אנא פרט וצרף את תוצאות הבדיקות.
		4	האם נקבעה לך נכות ו/או הינך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות? (23)
		5	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)
כן	לא	<b>פירוט המחלות לפי מערכות - האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חייהם מומים/מחלות/הפרעות באחת או יותר מהמערכות הבאות?</b>	
		1	<b>מערכת עצבים, המוח, ו/או הפרעות התפתחותיות:</b> לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי, גידול מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, רעד, פרקינסון, שיתוק, פוליו, בעיות האחרונות? ו/או גדילה, ASPERGER, אוטיזם, קשב וריכוז, סחרחורות והתעלפויות. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות? (4)
		2	<b>נפש:</b> מחלת נפש שאובחנה ע"פ פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? [13] ו/או הפרעות אכילה.
		3	<b>מחלות ממאירות, גידולים:</b> לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני (24)
		4	<b>מערכת ריאות ודרכי נשימה (1):</b> לרבות אסטמה, ו/או ברוניטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרת, שחפת.
		5	<b>מערכת הראיה (11):</b> לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 7, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקנוס.
		6	<b>מערכת אף אוזן גרון:</b> לרבות פגיעה בשמיעה (12), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טיטנוס, סינוסיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול.
		7	<b>מערכת הלב/לחץ דם (2) (28), כלי דם (14):</b> לרבות יתר לחץ דם, כאבים בחזה, התקף לב, אי ספיקת לב, מום מולד, הפרעות קצב, איוושה, פגיעה במסתמים, טרמבוצה, תסחיף ריאתי, מפרצת אאורטה, ורידים מורחבים, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים, ו/או עברת צנתור?
		8	<b>בקע ומערכת העיכול (6) (29):</b> לרבות בקע/שבר/הרניה מכל סוג שהוא, ריפלוקס (החזר וושטי), קרוהן, קוליטיס, רקטוצולה, הפטיטיס/צהבת, כבד מוגדל או שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בדרכי המרה ו/או כיס מרה, דלקת בלבלב.
		9	<b>מערכת כליות ודרכי שתן (15):</b> לרבות אי ספיקת כליות, כליה פולציסטית, 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 (16).
		10	<b>מחלה מטבולית, הורמונאלית (אנדוקרינולוגיה):</b> לרבות סוכרת (7), שומנים בדם (9), שיגדון (גאוס), גושה, FMF (18), בלוטת התריס/המגן (8), יתרת המגן/התריס, יתרת המח (פרולקטינומה/פרולקטינמה), הפרעות גדילה, הזעת יתר.
		11	<b>מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות:</b> לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת הדם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון, איידס/נשאות, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים (25)
		12	<b>מערכת השלד, השרירים, מפרקים (19) מחלות מפרקים (17) בעיות ברכיים:</b> לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב (5), בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן, פרטס, מחלת מפרקים ניוונית, דלקת מפרקים גרונית, לופוס, פיברומיאלגיה, תסמונת התשישות הכרונית, סקלרודרמה.
		13	<b>מערכת עור ומין:</b> לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה (26)
		14	<b>מערכת הרבייה לכל המועמדים לביטוח (27):</b> <b>נשים:</b> בעיות גניקולוגיות ו/או פרייון, הפלות חוזרות, הגדלה או הקטנה של השדיים, ניתוחים קיסריים בעבר ו/או נמצאת כיום בהריון. <b>גברים:</b> הגדלה של בלוטת הערמונית ו/או בעיות בפרייון.
		15	<b>לסינויד ו/או תאונות אישיות:</b> האם הינך מקבל ו/או קיבלת 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 נידודת או הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם בביצוע פעולות אלו. (למעט ילד - אם המוגבלות הינה טבעית לאור גילו). אנא פרט וצרף מסמכים.

הערות:





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מבטח ראשי

### ד. ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, נתן 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 שתירש 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 תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו 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. השימוש במידע יעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזובי 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.

תאריך	נציג מועמדים עד גיל 18	חתימת מועמד ראשי/ חתימת	חתימת בן/בת זוג
שם סוכן	מספר סוכן	חתימת סוכן	

### ה. אישור תנאי קבלה מראש - אני מסכים ומאשר מראש:

- רכישת התכנית/ות המבוקשת/ות גם במקרה בו נדרש עקב הליך החיתום לשלם תוספת חיתומית על דמי הביטוח בגובה של עד 100% בגין \_\_\_\_\_
- בכיסוי לניתוחים ולטיפולים מחליפי ניתוח בארץ ו/או בחו"ל (אם נרכש) לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ו/או הנובע מ:
  - ניתוח קיסרי וסיבוכיו  בקע  טחורים  פיסורה  יתר פעילות בלוטת התריס  קטרקט  גלאוקומה  קרטקונוס  אבנים בכליות ודרכי השתן  דליות ברגליים
- ידוע לי כי החברה תהיה רשאית לקבוע תנאי חיתום אחרים ו/או להתנות את קבלתי לתכנית/ות המבוקשת/ות בתוספת רפואית גבוהה יותר מהאמור לעיל ו/או בהחלטות אחרות ו/או נוספות לכיסוי הביטוחי בגין מצבי הבריאותי ובמקרה זה תשלח אלי הודעה בתום הליך החיתום. במקרה שלא יחתם אישור זה ויקבעו תנאים מיוחדים לביטוח, בתום הליך החיתום ישלח טופס אישור תנאים לחתימה כתנאי להפקת הפוליסה

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

### ו. הצהרת בריאות - לילדים - יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות.

שם ילד 1	שם ילד 2	שם ילד 3	שם ילד 4	שם ילד 5	שם ילד 6	שם ילד 7	שם ילד 8	סמן כן / לא - פרט אם יש צורך.		אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)
								כן	לא	
אורח חיים										
גובה בס"מ } לילדים מגיל 10 בלבד										
משקל בק"ג }										
1. האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק) אם כן ציין מס' סיגריות / פעמים שמעשן ביום (לילדים החל מגיל 16)										
2. האם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות (לילדים החל מגיל 16)?										
3. האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום (לילדים החל מגיל 16)? (22)										
4. האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר (לילדים החל מגיל 16)? (22)										
רקע רפואי										
1. האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע או נמצא כעת במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית? (21)										
2. האם ב-5 שנים האחרונות אושפזת או עברת ניתוח ו/או יעצו לך לעבור ניתוח? (3)										
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 נמצא/ת כיום במהלך של בדיקות רפואיות אלו שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית בגינך? (אם כן, אנא פרט וצרף את תוצאות הבדיקות.)										
4. האם נקבעה לך נכות ו/או הינך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות? (23)										
5. 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)										

מק"ט 522110055 (מהדורה 06.2019)





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מבוטח ראשי

**1. הצהרת בריאות - לילדים - יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות(המשך)**

שם ילד 1	שם ילד 2	שם ילד 3	שם ילד 4	שם ילד 5	שם ילד 6	שם ילד 7	שם ילד 8	
							כן	לא
<p><b>סמן כן / לא - פרט אם יש צורך.</b> אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)</p>								
							כן	לא
<p><b>פירוט המחלות לפי מערכות - האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חייהם מומים/מחלות/הפרעות באחת או יותר מהמערכות הבאות?</b></p>								
1								
<p><b>מערכת עצבים, המוח, ו/או הפרעות התפתחותיות:</b> 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)</p>								
2								
<p><b>נפש:</b> מחלת נפש שאובחנה ע"פ סיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? [13] ו/או הפרעות אכילה.</p>								
3								
<p><b>מחלות ממאירות, גידולים:</b> לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני (24)</p>								
4								
<p><b>מערכת ריאות ודרכי נשימה (1):</b> לרבות אסטמה, ו/או ברוניטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת.</p>								
5								
<p><b>מערכת הראיה (11):</b> לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 7, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס.</p>								
6								
<p><b>מערכת אף אוזן גרון:</b> לרבות פגיעה בשמיעה (12), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טיטנון, סינוסיטיס חוזרת, סטייט מחיצת האף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול.</p>								
7								
<p><b>מערכת הלב/לחץ דם (2)(28), כלי דם (14):</b> לרבות יתר לחץ דם, כאבים בחזה, התקף לב, אי ספיקת לב, מום מולד, הפרעות קצב, איוושה, פגיעה במסתמים, טרומבוזה, תסחיף ריאתי, מפרצת אאורטה, ורידים מורחבים, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים, ו/או עברת צנתור?</p>								
8								
<p><b>בקע ומערכת העיכול (6)(29):</b> לרבות בקע/שבר/הרניה מכל סוג שהוא, ריפלוקס (החזר וושטי), קרוהן, קוליטיס, רקטוצלה, הפטיטיס/צהבת, כבד מוגדלאו שומני, שחמת(צירוזיס), אבנים בדרכי המרה ו/או כיס מרה, דלקת בלבלב.</p>								
9								
<p><b>מערכת כליות ודרכי שתן (15):</b> 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. (16)</p>								
10								
<p><b>מחלה מטבולית, הורמונאלית (אנדוקרינולוגיה):</b> לרבות סוכרת (7), שומנים בדם (9), שיגדון (גאוס), גושה, (18) FMF, בלוטת התריס/המגן (8), יתרת המגן / התריס, יתרת המח (פרולקטינומה / פרולקטינימה), הפרעות גדילה, הזעת יתר.</p>								
11								
<p><b>מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות:</b> לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת הדם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון, איידס/נשאות, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים (25)</p>								
12								
<p><b>מערכת השלד, השרירים, מפרקים (19) מחלות מפרקים (17) בעיות ברכיים:</b> לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים / רצועות, כאבי גב (5), בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן פרטס, מחלת מפרקים ניוונית, דלקת מפרקים שגרונית, לופוס, פיברומיאלגיה, תסמונת התשישות הכרונית, סקלרודרמה.</p>								
13								
<p><b>מערכת עור ומין:</b> לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה (26)</p>								
14								
<p><b>מערכת הרבייה לכל המועמדים לביטוח (ילידים החל מגיל 12) (27):</b> <b>נשים:</b> בעיות גניקולוגיות ו/או פריון, הפלות חוזרות, הגדלה או הקטנה של השדיים, ניתוחים קיסריים בעבר ו/או נמצאת כיום בהריון. <b>גברים:</b> הגדלה של בלוטת הערמונית ו/או בעיות בפריון.</p>								
15								
<p><b>לסיעוד ו/או תאונות אישיות:</b> 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, לשלול על סוגרים נידות או הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם בביצוע פעולות אלו. (למעט ילד - אם המוגבלות הינה טבעית לאור גילו). אנא פרט וצרף מסמכים.</p>								

הערות:





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות					

## ז. הצהרות והתחייבות המועמדים לביטוח (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי)

אנו החתומים מטה מבקשים לבטח אותנו בהתאם לתנאי הביטוח שנבחרה/ו בהצעה זו לאחר שמצאנו אותה/ן מתאמות לצרכינו ובהסתמך על האמור בהצעה זו אנו מצהירים ומתחייבים כדלהלן:

- הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה:** ידוע לי, כי התשובות שמסרתי במסגרת הצעה זו נכונות ומלאות וישמשו בסיס לחוזה הביטוח המבוקש כחלק בלתי נפרד הימנו וכן לצורך הוצאת פוליסות, גביית תשלומים בגינן, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות. תשובה שאינה מלאה או כנה עלולה לגרום לביטול הפוליסה ו/או לתשלום תגמולי ביטוח מופחתים או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי הביטוח.
- 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 על-ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בדיקה רפואית על-ידי רופאי החברה והתשובות שתמסרנה על-ידי לרופאי החברה תחשבה כחלק מהצעת. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
- ידוע לי כי החברה לא יכולה להתנות ביטול תכנית אחת באחרת, אלא במקרה של ביטול תכנית/יות נוספות המצורפות כנספח לתכנית יסודית שבוטלה או במקרה של ביטול כל התכניות היסודיות לרוכשי השתלוח ו/או תרופות. ביטול תכנית יסודית אחת עשויה לגרום לביטול הנחה שניתנה בתכנית/יות יסודית/יות אחרת.**
- 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 בתום הליך החיתום.  
 אני מעוניין באפשרות פיצול זו.

6. **היותו של הנציג/מבוטח ראשי 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. אם צוינה לעיל כתובת שונה של בן/בת הזוג, ישלחו מסמכי הדיווח (גילוי נאות, דף פרטי ביטוח ודו"ח שנתי) לבן/בת הזוג לכתובת זו.

7. **לתכנית מסוג הוצאות רפואיות ומחלות קשות:** תקופת הביטוח הינה נקובת בדף פרטי הביטוח. **חידוש הפוליסה ביום 1.6.2018 ובכל שנתיים לאחר מכן, ייעשה, בכפוף להוראות הסדר התחיקתי, באותם תנאים או בתנאים שונים, ובפרמיה שתקבע ע"י החברה במועד החידוש.**

8. **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 הוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין הוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. הכיסוי ניתן לניתוחים אצל נותני שירות שבהסכם עם החברה.  
 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. בסיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המועמד לפנות לחברה ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" בתוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים.

9. **איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי**  
 רשות שוק ההון ביטוח וחסכון ("רשות") במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר לרשות אליהם. במידה ואיך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. לנוחותך, תוכל למלא בקשה להסרת פרטך מהממשק באמצעות טופס דיגיטלי באתר האינטרנט של חברתנו בכתובת: [www.migdal.co.il](http://www.migdal.co.il)  
 לידיעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

10. **הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות**  
 אני מאשר שהמידע שמסרתי במסגרת זו וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ וכן בגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ ו/או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע שמסרתי ימסר לסוכן הביטוח/בעל רישיון לצרכי שירות לגורמים נוספים כמתחייב בד"ן (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגידי).

11. **רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון מפרסמת השוואה של פרמיות הביטוח לכיסוי ניתוחים בישראל/השתלוח/תרופות, בחברות הביטוח השונות בישראל וכן, מדד המשקף את רמת השירות שלהן. באפשרותך להיכנס למחשבון השוואת ביטוחי בריאות ולמדד שירות חברות הביטוח באתר של רשות שוק ההון ביטוח וחסכון בכתובת: [www.mof.gov.il](http://www.mof.gov.il)**

12.  נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, הפרמיה ותקופת הביטוח.

13. **פוליסה/ות קיימת/ות בביטוח רלוונטי:**

א. האם יש בידך פוליסה קיימת בביטוח רלוונטי לתכנית/ות המבוקשת/ות? אם התשובה לשאלה א' היא "כן"	ראשי		בן/בת זוג		ילדים	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>

ב. האם בכונתך לבטל או להקטין את היקף הכיסוי בפוליסה/ות הקיימת/ות? אם התשובה לשאלה ב' היא "כן"

ג.  אני מאשר שנמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה.

ד. אני מעוניין שבקשת הביטול תשלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת:  
 על ידי  
 על ידי סוכן הביטוח  
 על ידי חברת הביטוח מגדל - במקרה של ביטול על ידי מגדל יש לצרף טופס בקשת ביטול מס' 305 ולציין את שם חברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת:

	<b>חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18</b> <input type="checkbox"/>	<b>חתימת בן/בת זוג</b> <input type="checkbox"/>
--	--	--





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מבוטח ראשי

### ח. אישור המועמדים/ים להצטרפות לתכנית נוספת המעניקה פיצוי למקרה ביטוח דומה

הצהרה זו רלוונטית לתכניות מסוג: מחלות קשות, סיעוד ו/או תאונות אישיות.

הנני מבקש להצטרף לתכנית המבוקשת על אף שיש בידי פוליסה קיימת במגדל או בחברת ביטוח אחרת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה וכי ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח (פרמיות) עבור שתי הפוליסות. אישור זה יחול גם במקרה של הגדלת סכום ביטוח ו/או רכישת כיסויים נוספים בפוליסה קיימת בחברה.

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

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

### ט. הסכמה לפניות שיווקיות

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

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

### י. הצהרות הסוכן, אני מאשר כי:

- שאלתי את החותמים הנ"ל את כל השאלות בטופס הצעה זה, התשובות הן כפי שנמסרו לי על-ידם ולאחר שהצגתי בפניהם את טופס גילוי נאות הם חתמו לעיל.
- ביררתי את צרכי המועמדים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח והצעתי את התכנית/ות המבוקשת/ות התואמת/ות את צרכי/הם, לאחר שבחנתי את רשימת מוצרי הביטוח הקיימים של המועמד לביטוח המונפקת באמצעות אתר הר הביטוח ( לכל הפחות).
- במקרה של הצעה לרכישת תכנית המעניקה פיצוי, בדקתי כי לא קיימת למבוטח פוליסה עבור מקרה ביטוח דומה, שלא בוטלה, או שקיימת פוליסה שכזו, והמבוטח אישר כמפורט בסעיף ח' לעיל את הצטרפותו לתכנית המבוקשת.
- ברכישת ביטוח סיעוד הצגתי למועמדים לביטוח את לוח הפרמיות ואת ערכי הסילוק של תכנית הסיעוד המבוקשת בטופס זה.

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





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

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

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

טופס מספר **371**

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

### א. הצהרת המועמד הראשי

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
תאריך	שם המועמד	חתימה★

### ב. הצהרת בן / בת זוג

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
תאריך	שם המועמד	חתימה★

### ג. הצהרה עבור הילדים

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
תאריך	שם המועמד	חתימת המועמד הראשי / נציג מועמדים עד גיל 18★







שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

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: אני נותן בזאת הרשאה לגבות את הפרמיה בתוכנית/ות המבוקשת/ות באמצעי התשלום הניתן במסגרת פוליסה מספר \_\_\_\_\_ ובתנאי שאני המשלם. אישורי זה מתיר לחברה את השימוש באמצעי תשלום זה לצורך הליך הצירוף וגביית הפרמיה עבור התוכנית/ות המבוקשת/ות בטופס זה.  
 כרטיס אשראי - (בחר את סוג הכרטיס המתאים):  ויזה  ישראלכרט  דינרס  אמריקן אקספרס  לאומי קארד

מספר זהות בעל הכרטיס	שם בעל הכרטיס	תוקף הכרטיס	מספר הכרטיס

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסות ביטוח חיים / בריאות. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה למגדל חברה לביטוח בע"מ להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי. אני מסכים כי הסדר זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום לפני מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר.

ידוע לי כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח.

אם המשלם אינו מועמד לביטוח יש לפרט את מהות הקשר בינו לבין המועמד/ים לביטוח	תאריך	חתימת בעל/י החשבון

### תשלום בהוראת קבע

שם הבנק	מספר סניף	מספר בנק	יישוב	כתובת הסניף (רחוב)	מספר בית	ת"ד	מיקוד
מספר חשבון בנק		קוד מוסד		מספר פוליסה / תכנית			
		00602					
<input checked="" type="checkbox"/> הרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות		<input type="checkbox"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:					
<input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב ש"ח		<input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום _____					
<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. על/ינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.
  - ב. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
  - ג. היה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידינו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
  - ד. אהיה/נהיה רשאי/ם לדרוש מהבנק בהודעה בכתב לבטל חיוב אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
3. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
4. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
6. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע ל/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 עפ"י תנאי הפוליסה/ות / התכנית/ות ותוספותיהן.

תאריך	חתימת בעל/י החשבון

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

קילבנו הוראות מ- \_\_\_\_\_ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נום 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 בעל/י החשבון או כל עוד לא הוצאו/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

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

תאריך	חתימת בעל/י החשבון	חתימת בעל/י החשבון

מגדל חברה לביטוח בע"מ



011125990909010717

עמוד 9 מתוך 9 דפים

קוד מסמך: 112