



מספר הסכם	מספר הסוכן	מספר פוליסה
שם הסוכן		שם המפקח

תאריך מבוקש להתחלת הביטוח			
שנה	חודש	יום	מועד התחלת הביטוח המבוקש יכול להיות מועד מילויי 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

טופס מספר **170**

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

א. פרטי המועמדים לביטוח										
השאלה	מועמד ראשי		בן/בת זוג							
	כן	לא	כן	לא						
האם המועמד לביטוח הוא אזרחי 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"/>						
<b>מבטח</b>	<b>מספר זהות</b>		<b>שם משפחה</b>		<b>שם פרטי</b>		<b>תאריך לידה</b>		<b>מין</b>	<b>עיסוק</b>
הראשי									נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
בן/בת זוג									נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
ילדים עד גיל 17	ילד 1									נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>
	2									נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>
	3									נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>
	4									נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>
<b>פרטי הנציג* וכתובתו</b>	<b>יישוב</b>		<b>(כתובת מגורים) רחוב</b>		<b>מס' בית</b>	<b>מס' דירה</b>	<b>ת"ד</b>	<b>מיקוד</b>	<b>מספר טלפון</b>	
			<b>דואר אלקטרוני</b>			<input type="checkbox"/> אני מסכים / <input type="checkbox"/> אני לא מסכים: לקבל את הפוליסה ומיידעים בקשר אליה, כולל הודעות על חידוש והודעות בקשר לניהולה השוטף באמצעות דוא"ל.				
			<b>מס' טלפון נייד</b>							

פרטים נוספים										
מבטח	מצב משפחתי	שם קופת חולים				שב"ן (ביטוח משלים) מסוג	האם יש ברשותך ביטוח סיעודי פרט האם הביטוח הסיעודי הוא במסגרת קופת חולים, פוליסה פרטית או פוליסה קבוצתית.	מוטבים		
		מכבי	כללית	מאוחדת	לאומית					
ראשי	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	היורשים על פי הדין באפשרותך למנות מוטבים אחרים, באמצעות טופס מספר 568 - הוראה למינוי מוטבים, שעליך למלא ולשלוח למגדל.		
בן/בת זוג	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____				
ילדים עד גיל 17	ילד 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____				
	ילד 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____				
	ילד 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____				
	ילד 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____				

**אופן תשלום דמי הביטוח**

מועדי תשלום דמי הביטוח:  חודשי\*  רבע שנתי  חצי שנתי  שנתי

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

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
יסודי	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כתבי שירות	אבחון מהיר וליווי רפואי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	תרופות שלא בסל ובדיקות גנטיות למחלה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		רפואה משלימה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ייעוץ אונליין	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
יסודי	ניתוחים אצל נותני שירות שבהסכם עם החברה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2] מחלות קשות - יסודי				
	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שם התכנית	ראשי	בן/בת זוג	ילדים	
נספח	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		סכום ביטוח בש"ח			
נספח	ייעוץ ובדיקות אבחנתיות - אמבולטורי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מזור מורחב				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מזור לסרטן				

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 494



0149417001070317

עמוד 1 מתוך 7 דפים

מק"ט 522110057



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

מגדל בריאות

[3] סיעוד								התכנית
מגדל סיעוד				מגדל דואגים למחר				
מגדל סיעוד +*		מגדל סיעוד		מגדל דואגים למחר +*		מגדל דואגים למחר		
מסלול משלים		תקופת המתנה 90 ימים		מסלול משלים		תקופת המתנה 45 ימים		
תקופת המתנה 60 חודשים	תקופת המתנה 36 חודשים	סכום פיצוי חודשי בש"ח	תקופת פיצוי בשנים	תקופת המתנה 60 חודשים	תקופת המתנה 36 חודשים	סכום פיצוי חודשי בש"ח	תקופת פיצוי בשנים	
			8 □ 5 □				8 □ 5 □	ראשי
			8 □ 5 □				8 □ 5 □	בן/בת זוג
			8 □ 5 □				8 □ 5 □	ילדים מגיל 3

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

[4] תאונות אישיות							התכנית / הסכום בש"ח
פירוט הכיסויים הכלולים במגדל ספורטיבי:	מגדל ספורטיבי	מוות מתאונה ונכות צמיתה מתאונה (סכום בש"ח לכל אחד מהכיסויים)	מגדל דואגים למשפחה מורחב (1)				
			ארד	כסף	זהב	פלטיום	
• מוות מתאונה / נכות צמיתה מתאונה - 300,000 ש"ח;	□		□	□	□	□	ראשי
• הוצאות טיפול רפואי ושיניים - 10,000 ש"ח;	□		□	□	□	□	בן/בת זוג
• צד ג' מפגיעת ספורט - 100,000 ש"ח;	□		□	□	□	□	ילדים מגיל 3
• אי-כושר מתאונה - 4,000 ש"ח.	□		□	□	□	□	
(1) הסכום בש"ח למבוטח מבוגר (לילד יינתן 50% מהסכום).			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 וכתבי שירות לתאונות אישיות									
התכנית		ביטול חריג דו-גלגלי (מעל גיל 21)		ביטול חריג (ספורט אתגרי)	הוצאות רפואיות	אשפוז מתאונה (סכום ליום בש"ח)	הוצאות טיפול רפואי ושיניים מתאונה		אי-כושר מתאונה לתק' של עד 36 חוד' (עד גיל 21)
מבוטח	ראשי	עד 250 סמ"ק	מעל 250 סמ"ק	□	□	□	□	□	□
ילדים	□	□	□	□	□	□	□	□	□

(2) במקרה בו נרכשו בטופס זה יותר מתכנית אחת, יצורפו הנספחים המבוקשים לכל אחת מהן בנפרד.  
 (3) ניתן לרכוש פיצוי עד 1000 ש"ח. (4) ברכישת מגדל ספורטיבי ניתן להוסיף 10,000 ש"ח בלבד.

ג. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול לחוד על מבוטח (מבוגר), על בן/בת זוג ועל כל אחד מן הילדים המבוטחים													
מועמד ראשי				בן/בת זוג				סמן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים) אם התשובה היא "לא"					
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא

מק"ט 522110057



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מבטח ראשי

מגדל בריאות

**ג. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול לחוד על מבטח (מבוגר), על בן/בת זוג ועל כל אחד מן הילדים המבטחים - המשך**

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	שם ילד 1		שם ילד 2		שם ילד 3		שם ילד 4		
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
פירוט המחלות לפי מערכת - האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חייהם מומים/מחלות/הפרעות באחת או יותר מהמערכות הבאות?												
1												מערכת עצבים, המוח, ו/או הפרעות התפתחותיות: לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי, גידול מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, רעד, פרקינסון, שיתוק, פוליו, בעיות בהתפתחות ו/או גדילה, ASPERGER, אוטיזם, קשב וריכוז, סחרחורת והתעלפויות. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות? (4)
2												נפש: לרבות דיכאון (13), חרדות, תסמונת פוסט טראומטית, או אובחנת כחולה במחלת נפש?
3												מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני (24)
4												מערכת ריאות ודרכי נשימה (1): לרבות אסטמה, ו/או ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרת, שחפת.
5												מערכת הראיה (11): לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 7, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס.
6												מערכת אף אוזן גרון: לרבות פגיעה בשמיעה (12), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טיטנון, סינוסיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול.
7												מערכת הלב/לחץ דם (2), כלי דם (14): לרבות יתר לחץ דם, כאבים בחזה, התקף לב, אי ספיקת לב, מום מולד, הפרעות קצב, איוושה, פגיעה במסתמים, טרומבוזת, תסחיף ריאתי, מפרצת אאורטה, ורידים מורחבים, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים, ו/או עברת צנתור?
8												בקע ומערכת העיכול (6): לרבות בקע/שבר/הרניה מכל סוג שהוא, ריפלוקס (החזר וושטי), והן, קוליטיס, רקטוצולה, הפטיטיס/צהבת, כבד מוגדל או שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בדרכי המרה ו/או כיס מרה, דלקת בלבלב.
9												מערכת כליות ודרכי שתן (15): 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												מחלה מטבולית, הורמונאלית (אנדוקרינולוגיה): לרבות סוכרת (7), שומנים בדם (9), שיגדון (אגוט), גושה, FMF (18), בלוטת התריס/המגן (8), יותרת המגן/ התריס, יותרת המח (פרולקטינומה/ פרולקטינימה), הפרעות גדילה, הזעת יתר.
11												מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות: לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת הדם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון, איידס/ נשאות, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים (25)
12												מערכת השלד, השרירים, מפרקים (19) מחלות מפרקים (17) בעיות ברכיים: לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/ רצועות, כאבי גב (5), בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן, פרטס, מחלת מפרקים ניוונית, דלקת מפרקים שריונית, לופוס, פיברומיאלגיה, תסמונת התשישות הכרונית, סקלרודרמה.
13												מערכת עור ומין: לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/ קונדילומה (26)
14												מערכת הרבייה לנשים ולגברים (27): נשים: בעיות גניקולוגיות ו/או פריון, הפלות חוזרות, הגדלה או הקטנה של השדיים, ניתוחים קיסריים בעבר ו/או נמצאת כיום בהריון. גברים: הגדלה של בלוטת הערמונית ו/או בעיות בפריון.
15												לסיעוד: 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 ניידות או הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם בביצוע פעולות אלו. (למעט ילד- אם המוגבלות הינה טבעית לאור גילו). אנא פרט וצרך מסמכים.

הערות:

**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 שתידרש על ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותכם והקשורים למצבי הרפואי. אני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כאמור, ולא תהינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהוא כלפי כל המוסר מידע כאמור. כן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי תכנית הביטוח. 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	חתימת מועמד ראשי	חתימת בן/בת זוג
שם סוכן	מספר סוכן	חתימת סוכן
עד לחתימה		



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מבטח ראשי

## 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 וטיפולים 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 בהחרגות אחרות ו/או נוספות לכיסוי הביטוחי בגין מצבי הבריאותי ובמקרה זה תשלח אלי הודעה בתום הליך החיתום.
- יודגש כי אין חובה לחתום על אישור תנאי קבלה מראש. ניתן לבחירתך, להגיש לחברה את טופס ההצעה ללא חתימה מטה על סעיף זה. במקרה זה, בתום הליך החיתום יישלח טופס אישור תנאים לחתימתך, כתנאי להפקת הפוליסה.

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

## ו. הצהרות (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי)

- אני הח"מ מבקש לבטח אותי בהתאם לתנאי תכנית/ות הביטוח שנבחרה/ו בהצעה זו לאחר שהוצג בפניי הגילוי הנאות ודמי הביטוח עבור התכנית/ כל אחת מהתכניות שבכוונתי לרכוש ומצאתי אותה/ן מותאמות לצרכי ובהסתמך על האמור בהצעה זו אני מצהיר ומתחייב כדלהלן:
- הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה: ידוע לי, כי התשובות והמידע שמסרתי במסגרת הצעה זו נכונים ומלאים, ישמשו בסיס לחוזה הביטוח המבוקש ויהוו חלק בלתי נפרד הימנו וכן לצורך הוצאת פוליסות, גביית תשלומים בגין, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות.
  - 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 בדקה רפואית על-ידי רופאי החברה והתשובות שתמסרנה על-ידי רופאי החברה תחשבנה כחלק מהצעתי. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
  - ידוע לי שניתן לבטל את תכנית/ות הביטוח או כל אחת מהן בכל עת בכפוף להודעה בכתב לחברה. החברה לא יכולה להתנות ביטול תכנית אחת באחרת, אלא במקרה של ביטול תכנית/ות נוספות המצורפות כנספח לתכנית יסודית שבוטלה או במקרה של ביטול כל התכניות היסודיות לרוכשים השתלות ו/או תרופות. ביטול תכנית יסודית אחת עשוי לגרום לביטול הנחה שניתנה בתכנית/ות יסודית/ות אחרת.
  - ידוע לי ואני מסכים ומאשר כי הכיסוי בתכנית הביטוח נקבע בהתאם לתנאי הפוליסה המלאים ויכול שיהיו 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.
  - 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.
  - היותו של הנציג שלוח הינו שלוח שלי/נו לכל דבר ועניין בקשר עם הפוליסה, ובכלל זה בכל הנוגע להודעות ביטול הפוליסה.
  - לתכנית מסוג הוצאות רפואיות ומחלות קשות: תקופת הביטוח הינה כנקוב בדף פרטי הביטוח. חידוש הפוליסה ביום 1.6.2018 ובכל שנתיים לאחר מכן, ייעשה, בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, באותם תנאים או בתנאים שונים, ובפרמיה שתקבע ע"י החברה במועד החידוש.
  - למבקשים להצטרף לביטוח ניתוח משלים לשב"ן - סמן X ב-  ידוע לי ואני מאשר ומצהיר כי:
    - הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישלמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, החברה (המבטח) תשלם את הפרש בין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. הכיסוי ניתן לניתוחים אצל נוהגי שירות שבהסכם עם החברה.
    - למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המועמד לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן 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 בשב"ן).
    - בסיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המועמד לפנות לחברה ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" בתוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים.
  - איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי
 

רשות שוק ההון וחיסכון ("הרשות") 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 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](http://www.migdal.co.il)

לידיעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
  - הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות
 

אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מראוני ובהסכמתי, ישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ וכן בגופים בשליטת מגדל אחרקות ביטוח ופיננסיים בע"מ או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיורר ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע שמסרתי ימסר לסוכן הביטוח/בעל רישיון לצרכי שירות לגורמים נוספים כמתחייב בדין (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגידי).

11. פוליסה/ות קיימת/ות בביטוח רלוונטי:

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

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

ג. האם ברצונך כי בקשת הביטול תשלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת:

על ידך

על ידי סוכן הביטוח - יש למסור לסוכן טופס בקשת ביטול מס' 305 חתום.

על ידי חברת הביטוח מגדל - יש לצרף טופס בקשת ביטול מס' 305 חתום ולציין את שם חברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת: \_\_\_\_\_

	חתימת מועמד ראשי / נציג של ילדים עד גיל 18	חתימת בן/בת זוג	
תאריך	חתימת מועמד ראשי / נציג של ילדים עד גיל 18	חתימת בן/בת זוג	





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מבוטח ראשי

### ז. הסכמה לפניית 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 אוודות 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 מועמד ראשי / נציג של ילדים עד גיל 18 ★	<input type="text"/>	חתימת בן/בת זוג ★	<input type="text"/>	תאריך
----------------------	--	----------------------	-------------------	----------------------	-------

### ח. הצהרות הסוכן

1. 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.
2. במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמדים/ים לביטוח והצעתי לו/להם ביטוח התואם את צרכיו/הם.
3. ברכישת ביטוח סיעוד אני מאשר כי הצגתי למועמדים לביטוח את לוח הפרמיות ואת ערכי הסילוק של תכנית הסיעוד המבוקשת בטופס זה.

<input type="text"/>	חתימת הסוכן ★	<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"/>	תאריך	<input type="text"/>	שם המועמד	<input type="text"/>	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"/>	תאריך	<input type="text"/>	שם המועמד	<input type="text"/>	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"/>	תאריך	<input type="text"/>	שם המועמד	<input type="text"/>	חתימת המועמד הראשי / הנציג ★
----------------------	-------	----------------------	-----------	----------------------	------------------------------





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: אבקש לגבות את הפרמיה עפ"י אמצעי תשלום בפוליסה מס' \_\_\_\_\_ ובתנאי שאני המשלם.

כרטיס אשראי - (בחר את סוג הכרטיס המתאים):  ויזה  ישראלרס  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.

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

### תשלום בהוראת קבע

שם הבנק	מספר סניף	מספר בנק	יישוב	כתובת הסניף (רחוב)	מספר בית	ת"ד	מיקוד
מספר חשבון בנק		סוג חשבון		קוד מוסד			
				00602			
<input 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. נותנים לכם בזה הוראה להקים בחשבונו/נו הנ"ל הרשאה לחיוב חשבונו/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 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/נו בלבד 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	בנק וסניף	חתימה וחותמת הסניף

