

הצעה לביטוח למקרה פטירה - אור 1 בפרמיה משתנה מדי שנה

שם הסוכן: _____ מס' סוכן: _____ שם המפקח: _____ מס' פוליסה: _____

1. פרטי המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה

שם משפחה	שם פרטי	מס ת.ז.	תאריך לידה
רח'	מס' בית	ישוב	מיקוד
טלפון	e-mail		
מין	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	מצב משפחתי	רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/>
מקצוע	עיסוק		
הרגלי עישון:	<input type="checkbox"/> איני מעשן ולא עישנתי בעבר <input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים		
	<input type="checkbox"/> עישנתי בעבר _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים, ומזה _____ שנים איני מעשן.		
עיסוקים/תחביבים/אורח חיים עם סיכון מיוחד (כגון: טיס, צלילה, סנפלינג, סקי, וכו')	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פרט וצרף שאלון:		
מוטבים במקרה פטירה _____			

2. תוכנית הביטוח

מועמד לביטוח	סכום הביטוח
אור 1 - ביטוח למקרה מוות עד 500,000 ש"ח	

■ סכומי הביטוח צמודים למדד ■ הביטוח עד גיל 65

■ תאריך תחילת הביטוח _____

3. אופן תשלום

אופן גביה: חודשי (באמצעות הוראת קבע בלבד. פרמיה עד 500 ש"ח אפשר גם באמצעות כרטיס אשראי) רבע שנתי חצי שנתי שנתי
 אמצעי גביה: כרטיס אשראי (מצ"ב הוראה לחיוב כרטיס אשראי שלי) רגיל (לאופן תשלום שונה מחודשי בלבד)
 בהוראת קבע (מצורפת) נא לגבות מהו"ק בפוליסה אחרת שלי מספר _____

4. הצהרת בריאות

אני החתומ' מצהיר בזה כדלקמן:
 גובהי _____ ס"מ משקלי _____ ק"ג
 1. לא נקבע לי על ידי המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון או גורם אחר כלשהו שעור נכות של 35% או יותר ולא הוגשה מטעמי בקשה אשר הדיון בה טרם הסתיים לקביעת דרגת נכות כאמור.
 2. לא אושפזתי בבית חולים כתוצאה ממחלה או מתאונה במשך שלוש השנים האחרונות.
 3. האם הינך סובל או סבלת בעבר מאחת מהמחלות הבאות:
 א. מחלות לב, כלי דם, יתר לחץ דם כן לא
 ב. סכרת במשך חמש השנים האחרונות כן לא
 ג. מחלות דרכי נשימה כן לא
 ד. סרטן או מחלות ממאירות כן לא
 ה. מחלות מעיים, כבד כן לא
 4. האם הינך נשאיית או חולה במחלת האיידס (תסמונת הכשל החיסוני) כן לא
 אם ענית כן על אחת מהשאלות הנ"ל אנא פרט _____

5. אני/הח"מ ומשפחתי, אם נכללו בהצעת הביטוח מצהיר/ים בזה שכל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. אני מתחייב אם אדרש לכך על ידי החברה, להיבדק בדיקה רפואית על ידי רופאי החברה והתשובות שתימסרנה על ידי לרופאי החברה תישבנה כחלק מהצעתנו. ידוע לי שהביטוח נכנס לתוקפו, רק לאחר שהחברה הודיעה על תנאי קבלת רגילים, או במקרה והחברה הודיעה על תנאי קבלת מיוחדים, רק לאחר הסכמתי להם, ובתנאי נוסף שמיום הבדיקה או מיום החתימה על הצהרת הבריאות ועד ליום שבו החליטה החברה על הסכמתה לעריכת הפוליסה לא חל כל שינוי במצב בריאותי, באורח חיי ובעיסוקי.

6. **ידוע לי כי הצהרת הבריאות והצהרת המבוטח ונכונותן הן תנאי לחבות המבטח.**
 7. ויתור על סודיות רפואית: אני/הח"מ, בשמינו ובשם ילדינו, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאפטרופוס טבעי שלהם, נותנים בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לשלטונות צה"ל ומשרד הבטחון למסור **למגדל חברה לביטוח בע"מ**, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שהנינו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד, והנינו משחררים אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיינו כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי/נו אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי/נו, את עזובינו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו, וכן הננינו מייפיהם את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי/נו.

_____ X _____ X
 חתימת המבוטח תאריך

5. הצהרות המבוטח:

- הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה ובהצהרת בריאות:** המועמד לבעלות על הפוליסה מאשר בהתייחס לתשובות ולמידע שנתן בחתימתו במסגרת הצעה זו והמועמד לביטוח מאשר כי כל התשובות וכל המידע שמסר בחתימתו במסגרת הצעה זו ו/או במסגרת הצהרת הבריאות, הינם נכונים ומלאים. ידוע לנו, כי תשובות ומידע זה ישמשו בסיס לחוזה הביטוח המבוקש ויהו חלק בלתי נפרד הימנו וכן לצורך הוצאת פוליסות, גביית תשלומים בגין, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות.
- הצהרה בקשר לתנאים לכניסת חוזה הביטוח לתוקפו -** חוזה הביטוח בין הצדדים לבין החברה ייכרת רק אם תאושר ההצעה על ידי החברה, ובתנאים שתאושר, בכפוף לכך שלא יחול שינוי במצב בריאותו של המועמד לביטוח, אורח חייו ועיסוקו בין מועד הבדיקה הרפואית או יום החתימה על הצהרת הבריאות לבין המועד בו הסכימה החברה לערוך את חוזה הביטוח, ובתנאי שחלומה פרמיה ראשונה מלאה על פיו. מועד תחילת הביטוח יהיה כנצב בדף פרטי הביטוח או במועד תשלום פרמיה ראשונה לפי המאוחר מבין השניים.
- הודעה לפי סעיף 14 לחוק הגנת הפרטיות:** בסעיף זה "החברה" משמעותו מגדל חברה לביטוח בע"מ, וחברות וגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ. אני הח"מ מאשר בזאת שהמידע המבוקש שמסרתי במסגרת הצעה זו נמסר מרצוני ובתום הכחשתי. המידע והנתונים שמסרתי וכל עדכון שלהם יישמרו במאגרי המידע של החברה וישמשו לבחינת ההצעה, להוצאת פוליסות, לניהול השוטף של תיק הביטוח ו/או של תיק ההשקעות של המוצרים הפיננסיים שרכשתי בחברה, למתן שירותים במסגרת פוליסות הביטוח, וכן לצורך יצירת קשר ולפניה בהזמנה להציע הצעות לרכישת פוליסות ביטוח, קופות גמל, קרנות פנסיה, קרנות נאמנות ומוצרים פיננסיים נוספים. במסגרת זאת החברה רשאית להעביר את המידע המתייחס אלי גם לכל גוף משפטי מבין אלו הנכללים במונח "החברה" וכן לסוכן הביטוח המטפל בפוליסה. אם החברה תארגן את פעילותה במסגרת תאגיד אחר או תתמוג עם גוף אחר, היא תהיה זכאית להעביר לתאגיד החדש התקן מן המידע שנאגר אודותי ובלבד שתאגיד זה יקבל על עצמו כלפי את הוראות הודעה זו.
- הצהרה בדבר העברת מידע וביצוע פעולות באינטרנט:** אני הח"מ מסכים כי לפי בקשותי בעתיד, תיתן לי החברה מידע ושירותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מתן שירותים ו/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות, טעויות, עיכובים, השמטות, העדר עידכון וכן אפשרות של חשיפת פרטים מהווים פגיעה בפרטיות על פי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1984, וזאת על אף כל אמצעי אבטחת המידע שנוקטת החברה והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים שהחברה, לפי שיקול דעתה הבלעדי, תהא רשאית, אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי תקשורת. כמו כן אני מאשר שתשלוח אלי את הסיסמא לצורך שימוש באינטרנט בדואר רשום.

_____ X _____ X _____ X
 חתימת המועמד לבעלות בפוליסה חתימת המועמד לביטוח תאריך

5. הריני מצהיר בזאת כי שאלתי את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות למעלה וקיבלתי ממנו את כל הפרטים/המסמכים שפורטו/צורפו לטופס זה.
 _____ X _____ X
 חתימת סוכן תאריך

הוראה לחיוב חשבון

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה		קוד מוסד					אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה
		בנק	סניף	0	0	6	0	2	

לכבוד

בנק _____ סניף _____ כתובת הסניף _____

אני הח"מ _____ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק _____ מס' זהות/ח.פ. _____

כתובת _____ רחוב _____ מס' _____ עיר _____ מיקוד _____

1. נותנים לכם בזה הוראה לחיוב חשבונותינו הנ"ל בסניפכם בגין פרמיית ביטוח חיים או בריאות בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מידי פעם באמצעי מגנטי, או רשימות ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ, כמפורט מטה ב"פרטי הרשאה".
2. ידוע לנו כי:
 - א. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ולמגדל חברה לביטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף, יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
 - ב. אהיה/נהיה רשאים לבטל מראש חיוב מסויים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
 - ג. אהיה/נהיה רשאים לבטל מראש חיוב לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח בבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנכתבו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תשלח לי/לנו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
5. הבנק יפעל בהתאם להוראת בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
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. נא לאשר למגדל חברה לביטוח בע"מ בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.

פרטי הרשאה

סכום החיוב ומועדו יקבע מעת לעת ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ עפ"י תנאי הפוליסה/ות ותוספותיה/ן.

תאריך _____ / _____ / _____
 חתימת בעל החשבון _____

אישור הבנק: לכב' מגדל חברה לביטוח בע"מ ת.ד. 20310 ת"א 61202

קיבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונותם 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/ו בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייביותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה		קוד מוסד					אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה
		בנק	סניף	0	0	6	0	2	

תאריך: _____ בנק וסניף: _____ חתימה וחתימת הסניף: _____

תשלום כרטיס אשראי בהוראת קבע

אני מר/גב' _____ ת.ז. _____

בעל כרטיס אשראי מסוג _____ שמספרו _____ בתוקף עד _____ מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסת 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 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 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 החשבון _____

אישור עובד החברה לבדיקת פרטי כרטיס האשראי

נבדק ואושר ע"י פקיד ביטוח חיים _____ כתאריך: _____ חתימת הבודק _____