



הצעה לביטוח בריאות

שם הסוכן הביטוח	מס' רישון הסוכן הביטוח	שם המפקח	מס' פוליסה
-----------------	------------------------	----------	------------

יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות.
הטופס מנוסח בלשון זכר לצורך הנוחות בלבד והוא מיועד לנשים וגברים כאחד.

פרטי המועמד לביטוח

האם המועמד לביטוח הינו אזרחי ישראל?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
בתקופה שקדמה ל-12 החודשים מתאריך הצעה זו האם המועמד לביטוח התגורר בישראל לפחות 180 יום?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

פרטי בעל הפוליסה

מס' תעודת הזהות		שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		מין		מצב משפחתי	
א	ב	ג	ד	ה	ו	ז	ח	ט	י	יא	יב
כתובת מגורים		מס' בית		ישוב		מיקוד		מס' הטלפון		מס' סלולרי	
דואר אלקטרוני		מקצוע		עיסוק							

פרטי המועמדים לביטוח

מס' תעודת הזהות		שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		מין	
א	ב	ג	ד	ה	ו	ז	ח	ט	י
מבוטח ראשי									
בן/בת זוג									
ילד ¹									
ילד									
ילד									

(1) בתכנית ביטוח ניתוח עולמי ובתכנית ביטוח ניתוח בישראל - תקופת הביטוח והכיסוי הביטוחי בגין בן משפחה שהוא ילד - עד הגיעו לגיל 25.

בנספח ביטוח לחברי השב"ן - תקופת הביטוח והכיסוי הביטוחי בגין בן משפחה שהוא ילד - עד הגיעו לגיל 18. (ליד שאינו משרת בשירות סדיר זכות להמשיך את הביטוח ברצף זכויות עד גיל 25 כקבוע בתנאי הפוליסה.

הכיסויים המבוקשים: (סמן להוספת כיסויים מבוקשים)

מזור 24 (מינימום 10,000 ש"ח)	כתבי שירות		נספחי בריאות			הרחבה לנספח ביטוח לחברי השב"ן (ניתן לרכישה רק למי שרוכש נספח ביטוח לחברי השב"ן)	ביטוח ניתוח (ניתן לרכישה שרוכש ביטוח ניתוח בישראל)	ביטוח ניתוח בישראל	ביטוח עולמי	התכנית המבוטח
	סקר מנהלים	אמבולטורי	תרופות מיוחדות	השתלות וטיפולים בחו"ל	טיפולים מיוחדים					
ש"ח _____ (877)	<input type="checkbox"/> (1510)	<input type="checkbox"/> (887)	<input type="checkbox"/> (1534)	<input type="checkbox"/> (446)	<input type="checkbox"/> (1538)	<input type="checkbox"/> (1521)	<input type="checkbox"/> (1517)	<input type="checkbox"/> (1524)	<input type="checkbox"/> (1501)	מבוטח ראשי
ש"ח _____ (877)	<input type="checkbox"/> (1510)	<input type="checkbox"/> (889)	<input type="checkbox"/> (1535)	<input type="checkbox"/> (447)	<input type="checkbox"/> (1538)	<input type="checkbox"/> (1522)	<input type="checkbox"/> (1518)	<input type="checkbox"/> (1525)	<input type="checkbox"/> (695)	בן/בת זוג
ש"ח _____ (878)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (888)	<input type="checkbox"/> (1536)	<input type="checkbox"/> (448)	<input type="checkbox"/> (1539)	<input type="checkbox"/> (1523)	<input type="checkbox"/> (1519)	<input type="checkbox"/> (1526)	<input type="checkbox"/> (696)	ילדים

כתבי שירות - כיסויים משפחתיים

<input type="checkbox"/> לוגן ולנש (499)	<input type="checkbox"/> רפואה משלימה (469)	<input type="checkbox"/> ביקור רופא + מעבדה (566)
--	---	---

בהעדר סימון לא יירכש הכיסוי הביטוחי המצויין ליד הכיסוי.

שחרור מתשלום פרמיות במקרה של אובדן כושר עבודה מוחלט - מיועד למבוטח מעל גיל 21 בלבד ושטרם מלאו לו 60 במועד התחלת הביטוח. קיימת תקופת המתנה של 3 חודשים.

החברה מסבה את תשומת לבם של בעל הפוליסה והמועמד לביטוח, כי למועמד לביטוח שהינו חבר בתכנית השב"ן קיימת אפשרות לרכוש תכנית ביטוח "ביטוח ניתוח בישראל" שלה קיים נספח - "כיסוי ביטוחי לחברי השב"ן" ("הכיסוי הביטוחי לחברי השב"ן"). כאשר הכיסוי הביטוחי הניתן על-פי הנספח כאמור מתחשב בזכויות הניתנות במסגרת תכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים /

דמי הביטוח לכיסוי הביטוחי לחברי השב"ן נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית הביטוח "ביטוח ניתוח בישראל" ("כיסוי ביטוחי מה"שקל הראשון") - תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלויות בזכויות המגיעות בשב"ן.

נספח הכיסוי הביטוחי לחברי השב"ן נמכר רק בצמוד לתכנית "ביטוח ניתוח בישראל" ואינו נמכר כנספח בתכנית הביטוח "ביטוח ניתוח עולמי".

הכיסוי הביטוחי לחברי השב"ן הינו כאמור לעיל רובד משלים לתכנית השב"ן שהמבוטח חבר בה, הלוקח בחשבון את מימון ההשתתפות של קופת החולים בהוצאות מקרה הביטוח בהתאם לתכנית השב"ן ועל כן הכיסוי הביטוחי ותגמולי הביטוח לחברי השב"ן הניתנים על-פי הנספח האמור מוגבלים בהתאם לתנאים ולהסדרים כקבוע בנספח הכיסוי הביטוחי לחברי השב"ן.

הסכום המירבי אותו תשלם החברה למי שרכש את הכיסוי הביטוחי לחברי השב"ן לא יעלה על ההפרש שבין אלה:

(א) סך כל ההוצאות שהמבוטח הוציא בפועל בגין שירות מן השירותים המנויים בפרקים ב' ו' לפוליסה, או עד גובה הסכומים המירביים בגין כל אחד מהשירותים הרפואיים כאמור, הנמוך מבין הסכומים האמורים, ובין

(ב) סך כל הסכומים להם זכאי המבוטח לקבל בגין מקרה הביטוח מקופת החולים על-פי תכנית השב"ן כהשתתפות קופת החולים על-פי תכנית השב"ן.

הכל בכפוף לתנאים, להריגים ולסייגים כקבוע בפוליסה לרבות הנספח לפוליסה.

למימוש הכיסוי בגין ניתוח לחברי השב"ן, על המבוטח לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו על-פי השב"ן וכן לפנות לחברה למימוש זכויותיו על-פי נספח הכיסוי לחברי השב"ן.

קוד מסמן 115



מבטוח אשר רכש את הנספח, הכיסוי הביטוחי לחברי השב"ן, ורכש את ההרחבה לנספח כיסוי ביטוחי לחברי השב"ן ("נספח ההרחבה") יהיה זכאי:
(א) במקרה של סיום חברות המבוטח בתכנית השב"ן בקופת החולים שבה היה חבר במועד תחילת הכיסוי הביטוחי לחברי השב"ן מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בתכנית השב"ן או מבלי שהצטרף לתכנית שב"ן בקופת חולים אחרת, יהיה רשאי המבוטח לפנות לחברה, תוך 60 יום ממועד ביטוח החברות בתכנית השב"ן לעבור לכיסוי ביטוחי מהשקל הראשון בהתאם לתנאים ולהסדרים כמפורט בנספח ההרחבה. הזכות לממש את ברות הביטוח כאמור לעיל יהיה פעם אחת בלבד.
(ב) במקרה של סיום חברות המבוטח בתכנית השב"ן בקופת החולים שבה היה חבר במועד תחילת הכיסוי הביטוחי לחברי השב"ן ומעבר לתכנית שב"ן בקופה אחרת - במקרה בו קרה מקרה הביטוח בתקופת האכשרה על-פי תכנית השב"ן אליה עבר המבוטח לכיסוי ביטוחי מהשקל הראשון - הכל בהתאם לתנאים ולהסדרים כמפורט בנספח ההרחבה.

ש למלא את כל הפרטים המפורטים להלן בכל מקרה בו מבוקש לרכוש את נספח הביטוח לחברי השב"ן ואת נספח ההרחבה:

שם קופת החולים	תכנית השב"ן שבה חבר/חברה	מועד הצטרפות לשב"ן
מבטוח ראשי		
בן/בת זוג		
ילד		
ילד		

הצהרה בקשר לחברות בקופת חולים ותכנית השב"ן בה הוא חבר -

בנספח ביטוח לחברי השב"ן - כל אחד מהמועמדים לביטוח היננו חבר בקופת החולים ובתכנית השב"ן כמפורט לעיל. ידוע לנו כי עובדת היות המועמד לביטוח חבר בקופת החולים ובתכנית השב"ן הינה ענין מהותי ובכל מקרה שבו יחול שינוי בחברותנו בקופת החולים ובתכנית השב"ן המצויינת לעיל אנו מתחייבים להודיע על כך לחברה. כמו כן ידוע לנו כי למימוש הכיסוי הביטוחי על המבוטח לפנות לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכויותיו על-פי תכנית השב"ן וכן לפנות לאגף תביעות בחברה למימוש זכויותיו על-הנספח האמור.

<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
חתימת המבוטח הראשי (בעל הפוליסה אם הוא גם המבוטח הראשי)	חתימת בן/בת זוג	חתימת נציג המועמד לביטוח (במקרה של מועמד לביטוח ילד)	חתימת בעל הפוליסה אם אינו המבוטח הראשי

אופן תשלום דמי הביטוח ותחילת הביטוח:

מועדי תשלום דמי הביטוח:

חודשי רבע שנתי חצי שנתי שנתי הוראת קבע כרטיס אשראי

סוג הגביה: (יש למלא הוראה לחיוב חשבון בטופס נפרד)

ידוע לנו כי תאריך תחילת הביטוח הינו כמצויין בדף פרטי הביטוח ורק לאחר שהחברה תאשר את קבלתו של המבוטח לביטוח. הפוליסה תכנס לתוקפה החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד תחילת תקופת הביטוח בכפוף לכך כי שולם התשלום הראשון של דמי הביטוח ויתר תנאי הפוליסה.

התחייבויות והצהרות בעל הפוליסה והמועמדים לביטוח והנציג

אנו הח"מ מבקשים לערוך למבוטחים ביטוח בהתאם לתנאי תכנית הביטוח שנבחרה בהצהרה זו והננו מצהירים ומתחייבים כדלקמן:

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

קבלה לביטוח - ידוע לי כי הסכמתכם לקבל את המועמד לביטוח כרוכה בין היתר, בהליך של חיתום שעל פי, החברה מעריכה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים, נתונים סטטיסטיים, מידע רפואי, או כל מידע אחר רלוונטי ורק עם סיומו תודיעו לי אם קבלתם או לא קבלתם את ההצעה.

מועד תחילת הביטוח - ידוע לי כי תאריך תחילת הביטוח יהיה רק לאחר שהחברה תאשר את קבלתו של המועמד לביטוח והחל מהמועד שיצוין בדף פרטי הביטוח. הפוליסה תכנס לתוקפה החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כתאריך תחילת תקופת הביטוח בכפוף לכך כי שולם התשלום הראשון של דמי הביטוח ומיום הגשת הצעת הביטוח ועד מועד תחילת הביטוח לא חל שינוי במצבי הבריאותי, ויתר הפרטים שנמסרו בהצעה ובשאלון הבריאות, שהיה בהם להשפיע על קבלתו לביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה.

הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה ובהצהרת בריאות: המועמד לביטוח ובעל הפוליסה מאשרים בהתייחס לתשובות ולמידע שמסרו, כי כל התשובות, הפרטים ומידע אחר שמסרו במסגרת הצעה זו ו/או במסגרת הצהרת הבריאות, הינם נכונים ומלאים. המועמד לביטוח ובעל הפוליסה מתחייבים, אם ידרשו לכך על ידי החברה, הם יבדקו בדיקה רפואית על ידי רופאי החברה ותשובות שתמסרנה לרופא החברה תיחשבה כתאריך תחילת תקופת הביטוח כחלק מההצעה והצהרה זו תחול עליהן. ידוע להם, כי תשובות ומידע זה הינם מהותיים לחברה והם משמשים בסיס לחוזה הביטוח בדמי הביטוח ובתנאי כיסוי כפי שהוצעו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו וכן לצורך תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות אחרות בקשר עם חוזה הביטוח. כמו כן, המועמד לביטוח ובעל הפוליסה מתחייבים להודיע לחברה אם בעתיד יחול שינוי במי הנתונים שנמסרו לעיל ו/או שימסרו לחברה לעיל וזאת מיד עם היוודע להם על דבר השינוי.

הודעה והסכמה לפי חוק הגנת הפרטיות: אני הח"מ מאשר בזאת שהמידע שנמסר על ידי נמסר מרצוני ובהסכמתנו וכי ידוע לי כי המידע והנתונים וכל עדכון שלהם שמסרתי ושאמסור יישמרו במאגרי מידע ממוכנים או אחרים של החברה ו/או במאגרי לקוחות של חברות קבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, ידוע לי ומוסכם עלי שהמידע ישמש את חברות הקבוצה לצורך פעילותן השוטפת ומתן השירותים, ניהול תיק הביטוח או החיסכון הפנסיוני וקיום החובות על פי דין ו/או כמאגר דיוור ישיר ו/או ליצירת קשר למתן מידע, הצעה לרכישה ושיווק של כיסויים ביטוחיים ומוצרים או שירותים פיננסיים ואחרים מטעם החברה ו/או חברות הקבוצה ו/או גורם מטעמן, או מטעם צדדים שלישיים וכי יכלו שיעשה שימוש במידע ה"כל גם לצורך פילוח ומיקוד פניות שיווקיות.

העברת מידע בקווי תקשורת: אנו מסכימים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התוכנית ו/או אודותינו באמצעות הטלפון, האינטרנט או באמצעי תקשורת חליפי, למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח ("קווי תקשורת") וכן כי נוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אנו מודעים לכך כי במקרה זה יתכנו תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים מההווים פגיעה בפרטיות וזאת על אף אמצעי אבטחת המידע הסבירים שהחברה נוקטת והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשרים ומסכימים שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמנו בקווי התקשורת. כמו כן אנו מאשרים שתשלוחו לנו את הקוד הסודי לצורך שימוש במערכת המידע האישי באתר האינטרנט של קבוצת מגדל בדואר רשום.

הצהרה בדבר מרכיבי התוכנית והתאמתם למבוטח: החברה מסרה לנו כי תכנית הביטוח המשווקת על ידיה מעת לעת, לרבות זו שנרכשה על ידינו, מפורסמת באתר האינטרנט של החברה. מרכיבי התוכנית הנרכשת, לרבות הכיסויים הביטוחיים ועלותם. כן ידוע לי, כי קיימות בחברה תוכניות ביטוח נוספות מסוגים שונים, הנבדלים מהתוכנית הנרכשת בהרכב הכיסוי הביטוחי, בעלותם ובהיקפם, ואנו מאשרים, כי התוכנית הנרכשת נבחרה לאחר שמצאנו אותה מתאימה לצרכינו. כמו כן נמסר לנו כי מעת לעת מציאה החברה תכניות חדשות וכי ראוי לבדוק ולברר בכל עת בעתיד את המוצר שנרכש ביחס לאלו שהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התכנית שנרכשו עשויים להשתנות.

הצהרה לענין נציג במקרה של ילד: אנו הח"מ נציג המועמד לביטוח מצהיר בזאת, כי הנני הנציג על-פי דין של המועמד לביטוח שהינו ילד וכי אני מוסמך לחתום בשמו וכי חתימתי על טופס הצעה זו מחייבת אותו לכל דבר וענין. בכל מקום בטופס זה בו נאמר המועמד לביטוח לרבות נציג המועמד לביטוח.

היותו של בעל הפוליסה שלוח של המבוטחים: אנו מאשרים כי בעל הפוליסה הינו שלוח שלנו לכל דבר וענין בקשר עם הפוליסה, ובכלל זה בהנחה להודעות ביטול.

כל האמור בטופס זה בלשון זכר אף בלשון נקבה כמשמעו.

<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
חתימת נציג המועמד לביטוח (במקרה של מועמד לביטוח ילד)	חתימת המבוטח הראשי (בעל הפוליסה אם הוא גם המבוטח הראשי)	תאריך
<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
חתימת בעל הפוליסה אם אינו המבוטח הראשי	חתימת בן/בת זוג	

הסכמה לפי חוק התקשורת (בזק ושידורים): אני מסכים כי יישלח אלי מידע פרסומי על ידי החברה, חברות קבוצת מגדל או גורם מטעמן, באמצעות פקסימיליה, מערכת חיוב אוטומטי, הודעה חלקרונית, הודעה מסר קצר או כל אמצעי תקשורת אחר. לא אהיה מעוניין במידע או פניה כאמור אוכל להודיע על כך לחברה בכל עת.

<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
חתימת המבוטח	שם פרטי ומשפחה	תאריך
<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
חתימת הסוכן	תאריך	

אני מאשר כי שאלתי את החותמים הנ"ל את כל השאלות בטופס הצעה זה, התשובות הן כפי שנמסרו לי על ידם והם חתמו לעיל לפני.

הצהרת בריאות

הצהרת בריאות זו תחול לחוד על מבטוח-מבוגר, על בן/בת הזוג ועל כל אחד מהילדים המבטוחים

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לגברים ולנשים

מרחב: _____ צוות: _____ סוכנות: _____ שם הסוכן: _____ מס' הסוכן: _____

פרטי המבטוח: שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז.: _____ גובה _____ ס"מ, משקל _____ ק"ג

תאריך לידה _____ מין _____ עיסוק _____ תחביבים _____

בן/בת הזוג: שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז.: _____ גובה _____ ס"מ, משקל _____ ק"ג

תאריך לידה _____ מין _____ עיסוק _____

עיסוקים / תחביבים / אורח חיים עם סיכון מיוחד (פרט וצרף שאלון מתאים) _____

המבטוח	בן/בת הזוג
<p>עישון:</p> <p>איני מעשן ולא עישנתי בעבר <input type="checkbox"/></p> <p>איני מעשן/ת _____ סיגריות ליום, במשך _____ שנים</p> <p>בעבר עישנתי _____ סיגריות ליום, במשך _____ שנים</p> <p>שנים ומזה _____ שנים איני מעשן</p>	<p>עישון:</p> <p>איני מעשן ולא עישנתי בעבר <input type="checkbox"/></p> <p>איני מעשן/ת _____ סיגריות ליום, במשך _____ שנים</p> <p>בעבר עישנתי _____ סיגריות ליום, במשך _____ שנים</p> <p>שנים ומזה _____ שנים איני מעשן</p>
<p>אלכוהול:</p> <p>אני צורך/צרכתי מעבר לליטר אלכוהול בשבוע החל משנת _____ ועד שנת _____</p>	<p>אלכוהול:</p> <p>אני צורך/צרכתי מעבר לליטר אלכוהול בשבוע החל משנת _____ ועד שנת _____</p>
<p>סמים:</p> <p>אני צורך/צרכתי סמים. מזה _____ שנים שאיני צורך סמים. ציין את סוג הסמים מתי ובמשך איזו תקופה (חודש/שנה) _____</p>	<p>סמים:</p> <p>אני צורך/צרכתי סמים. מזה _____ שנים שאיני צורך סמים. ציין את סוג הסמים מתי ובמשך איזו תקופה (חודש/שנה) _____</p>
<p>1. האם הנך חולה כעת במחלה כלשהיא, מקבל טיפול רפואי, האם נפצעת בתאונה, או עברת בדיקות ב-3 חודשים אחרונים?</p>	<p>1. האם הנך חולה כעת במחלה כלשהיא, מקבל טיפול רפואי, האם נפצעת בתאונה, או עברת בדיקות ב-3 חודשים אחרונים?</p>
<p>2. האם ייעצו לך לעבור ניתוח או אושפז בבית חולים ב-10 השנים האחרונות? האם עברת אי פעם ניתוח?</p>	<p>2. האם ייעצו לך לעבור ניתוח או אושפז בבית חולים ב-10 השנים האחרונות? האם עברת אי פעם ניתוח?</p>
<p>3. האם נעדרת מהעבודה בשל מחלה למעלה מחודש ב-5 השנים האחרונות?</p>	<p>3. האם נעדרת מהעבודה בשל מחלה למעלה מחודש ב-5 השנים האחרונות?</p>
<p>4. האם הנך סובל או סבלת בעבר מאחת המחלות/הפרעות להלן:</p>	<p>4. האם הנך סובל או סבלת בעבר מאחת המחלות/הפרעות להלן:</p>
<p>א. סרטן, גידול, גוש או ממאירות.</p>	<p>א. סרטן, גידול, גוש או ממאירות.</p>
<p>ב. מחלות העצבים והחושים כגון: שיתוקים, סחרחורות והתעלפויות, אינפליסיה, כאבי ראש כרוניים (מיגרנות), הפרעות תנועה או תחושה, הפרעה בראיה או בשמיעה, דיכאון או מחלות נפשיות.</p>	<p>ב. מחלות העצבים והחושים כגון: שיתוקים, סחרחורות והתעלפויות, אינפליסיה, כאבי ראש כרוניים (מיגרנות), הפרעות תנועה או תחושה, הפרעה בראיה או בשמיעה, דיכאון או מחלות נפשיות.</p>
<p>ג. מחלות דרכי הנשימה והריאה, כגון: אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, יריקת דם, שעול ממושך, אמפיזמה, מחלת קרום הריאה או מחלה אחרת.</p>	<p>ג. מחלות דרכי הנשימה והריאה, כגון: אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, יריקת דם, שעול ממושך, אמפיזמה, מחלת קרום הריאה או מחלה אחרת.</p>
<p>ד. מחלות לב וכלי הדם, כגון: התקף לב, אוטם, טרומבوزה, אנגינה פקטוריס, לחץ דם גבוה, אי ספיקת לב, הפרעות קצב הלב, או מחלה אחרת.</p>	<p>ד. מחלות לב וכלי הדם, כגון: התקף לב, אוטם, טרומבוזה, אנגינה פקטוריס, לחץ דם גבוה, אי ספיקת לב, הפרעות קצב הלב, או מחלה אחרת.</p>
<p>ה. מחלות דרכי העיכול, כגון: אולקוס (כיב קיבה או תריסריון), מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כבד וכיס מרה, חולי או בדיקות הקשורות במחלות צהבת (מסוג HEPATITIS), דם סמוי בצואה או מחלה אחרת.</p>	<p>ה. מחלות דרכי העיכול, כגון: אולקוס (כיב קיבה או תריסריון), מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כבד וכיס מרה, חולי או בדיקות הקשורות במחלות צהבת (מסוג HEPATITIS), דם סמוי בצואה או מחלה אחרת.</p>
<p>ו. מחלות כליה ודרכי השתן, כגון: מחלות או זיהומים בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה או מחלה אחרת.</p>	<p>ו. מחלות כליה ודרכי השתן, כגון: מחלות או זיהומים בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה או מחלה אחרת.</p>

הצהרות:

א. אני/הח"מ מצהיר/ים בזה שכל התשובות שנתתי/נו בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. אני/נו מתחייב/ים אם נדרש לכך על ידי החברה, להיבדק בדיקה רפואית על ידי רופאי החברה והתשובות שתומסרנה על ידי רופאי החברה תישבנה כחלק מהצעתנו. ידוע לי/נו שהביטוח נכנס לתוקפו, רק לאחר שהחברה הודיעה על תנאי קבלת רגילים, או במקרה והחברה הודיעה על תנאי קבלה שיתחייבים, רק לאחר הסכמתנו להם, ובתנאי נוסף שמיים הבדיקה על הצהרת הבריאות ועד ליום שבו החליטה החברה על הסכמתה לעריכת הפוליסה לא חל כל שינוי במצב בריאותי/נו, באורח חיינו ובעיסוקי/נו.

ידוע לי/נו כי הצהרת הבריאות והצהרת המבטוח נכונות הן תנאי לחבות המבטח.

חתימת המבטוח המבוגר מבני הזוג _____ תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה _____

חתימת המבטוחים: _____ תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה _____

חתימת המבטוחים: _____ תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה _____

חתימת המבטוחים: _____ תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה _____

שאלון החלפה/שינוי בפוליסה - פוליסות לביטוח בריאות

על מנת לברר אם בכוננתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסות הביטוח שברשותך, אגב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, ועל מנת לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת החלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

האם בדיך פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף?

כן / לא

במקרה והתשובה היא כן -

כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, האם פוליסות לביטוח בריאות לרבות ריידרים שבתוקף:

(1) עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא/יסולקו באופן חלקי או מלא/יסתיימו בכל דרך אחרת -

כן / לא

(2) כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התוכנית, כגון

בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה -

כן / לא

תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות (1) עד (2) מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

שם מבוטח _____

ת.ז. _____

תאריך: _____

חתימת המבוטח: _____

חתימת בן/ת זוג: _____

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף:

כן / לא

תאריך: _____

חתימת הסוכן: _____

חתימת הסוכנות: _____



שם המבוטח: _____ מס' ת.ד.: _____

הוראה לחיוב חשבון ביטוח חיים ובריאות

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

לכבוד

בנק _____ סניף _____ כתובת הסניף _____

אני והח"מ _____ שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק _____ מס' זהות/ח.פ. _____

כתובת _____ רחוב _____ מס' _____ עיר _____ מיקוד _____

- נותרים לכם בזה הוראה לחיוב חשבונותינו הנ"ל בסניפכם בגין פרמיית ביטוח חיים או בריאות בסכומים ובמועדים שיוצאו לכם מידי פעם באמצעי מגנט, או רשימות ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ, כמפורט מטה ב"פרטי הרשאה".
- ידוע לנו כי:
 - 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.
 - אחיה/נהיה ראש/ים לבטל מראש חיוב מסויים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/ינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
 - אחיה/נהיה ראש/ים לבטל מראש חיוב לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אופי/נוכחי בבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב הרשמה, אם נקבעו.
 - ידוע לי/לנו כי הפרטים שציינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
 - 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.
 - הבנק יפעל בהתאם להוראת בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
 - הבנק ראוי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך וידוע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
 - נא לאשר למגדל חברה לביטוח בע"מ בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.

פרטי ההרשאה

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

X

חתימת בעל החשבון

תאריך

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

קיבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעות מגנטי או ברשימות שתצגו 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 לביצועו; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב ע"י בעל/י החשבון או כל עוד לא הוצאו/נו בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יגנע בהתייבוייתכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

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

תאריך: _____ בנק וסניף: _____ חתימה וחותמת הסניף: _____

תשלום בכרטיס אשראי בהוראת קבע

אני/מר/גב' _____ ת.ד. _____

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 לחברת הביטוח להעביר לחברת כרטיסי האשראי חובים 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.

X

חתימת בעל החשבון

תאריך

אישור עובד החברה לבדיקת פרטי כרטיס האשראי

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

קוד מסמך 102