



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הפנסיוני
כתובת	מספר פוליסה

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

הצעה לביטוח לפרט

מגדלור 2007 להפקדות שוטפות/מגדלור לחיים 2007 להפקדות שוטפות/
מגדלור לחיים 2007 להפקדות חד פעמיות (תכניות ביטוח שאינן מוכרות כקופת גמל)

טופס הצעה זה הינו למקרה בו קיימת זהות בין המבוטח ובין בעל הפוליסה.
בכל מקרה בו אין זהות בין המבוטח ובין בעל הפוליסה, אין לעשות שימוש בטופס זה אלא בטופס מספר 117.

טופס מספר **118**

א. פרטי המועמד לביטוח לפי הפוליסה ("המבוטח"/"בעל הפוליסה")

מס' תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	מצב משפחתי ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' טלפון	מס' סלולרי
דואר אלקטרוני	מקצוע	עיסוק			
הרגלי עישון: <input type="checkbox"/> אינני מעשן ולא עישנתי בעבר <input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום, החל משנת _____ <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר _____ סיגריות ליום, החל משנת _____ ועד שנת _____					
עיסוקים/תחביבים/אורח חיים עם סיכון מיוחד (פרט וצרף שאלון מתאים)					

הצהרת המבוטח לפי חוק איסור הלבנת הון:

אני null null ת.ז. _____ מצהיר בזאת כי אני פועל בעבור עצמי וכי אין אני נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה (למעט זכויות הנובעות מזקיפת הטבת המס לפי פקודת מס הכנסה ולמעט זכויותיהם של המוטבים בפוליסה). אני מתחייב להודיע למבטח אם אפעל בעבור אחר. ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק, מהווה עבירה פלילית.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה ★

ב. תקופת הביטוח של החיסכון, תכנית הביטוח, דמי הביטוח ואופן תשלום

תאריך התחלת הביטוח (שנה/חודש/יום)	תום תקופת הביטוח	מועדי תשלום דמי הביטוח	אופן תשלום דמי הביטוח
	<input type="checkbox"/> תקופת הביטוח _____ שנים או <input type="checkbox"/> הביטוח עד גיל _____	<input type="checkbox"/> חודשי* <input type="checkbox"/> רבע שנתי <input type="checkbox"/> חצי שנתי <input type="checkbox"/> שנתי	<input type="checkbox"/> הוראות קבע <input type="checkbox"/> רגיל (לאופן תשלום שונה מחודשי בלבד)

*באמצעות הוראות קבע בלבד. דמי ביטוח עד 500 ש"ח אפשר גם באמצעות כרטיס אשראי.

דמי ביטוח התחלתיים לפוליסות הביטוח מגדלור 2007 להפקדות שוטפות/מגדלור לחיים 2007 להפקדות שוטפות ש"ח (דמי הביטוח צמודים למדד המחירים לצרכן). במקרה שנרכשים כסויים בדמי ביטוח משתנים, יגבה הגידול העתידי בעלות הכסויים, בנוסף לדמי הביטוח הצמודים שנקבעו לעיל.

ג. חלוקת דמי הביטוח בין פוליסת מגדלור 2007 להפקדות שוטפות, פוליסת מגדלור לחיים 2007 להפקדות שוטפות

ניתן לשלב בין שתי הפוליסות המוצעות: מגדלור 2007 להפקדות שוטפות, מגדלור לחיים 2007 להפקדות שוטפות בהצעה אחת. במקרה של שינויים עתידיים בדמי הביטוח יקבע יחס חלוקת דמי הביטוח בין הפוליסות ששולבו כאמור לפי היחס שקבע המבוטח בהצעה זו, וזאת עד לקבלת הוראה אחרת מאת המבוטח, אשר תחול ביחס לשינויים שיבואו אחריה, עד למתן הוראה אחרת ע"י המבוטח.
דמי הביטוח החודשיים התחלתיים שיופקדו בכל אחת מהפוליסות הינם כמפורט להלן:

פוליסה: מגדלור לחיים 2007 להפקדות שוטפות	פוליסה: מגדלור 2007 להפקדות שוטפות
ש"ח _____	ש"ח _____

מבוטח שבחר בפוליסות אלה מאשר כי ידוע לו שלא ניתן להפקיד בפוליסות אלה הפקדות חד-פעמיות.





ד. כיסויים ביטוחיים

בעל הפוליסה מבקש לרכוש את הכיסויים הביטוחיים המפורטים להלן:

כיסויים ביטוחיים מתוך דמי הביטוח שנקבעו לעיל לתוכניות מגדלור 2007 להפקדות שוטפות/מגדלור לחיים 2007 להפקדות שוטפות*:

<input type="checkbox"/> אור **1 - ביטוח למקרה פטירה סכום הביטוח <input type="text"/> ש"ח		<input type="checkbox"/> כולל צבירה <input type="checkbox"/> לא כולל צבירה	
<input type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה בפרמיה משתנה** שם התוכנית: <input type="checkbox"/> שלוה <input type="checkbox"/> מגדל כושר <input type="checkbox"/> שחרור			
סוג התכנית: <input type="checkbox"/> רגיל <input type="checkbox"/> מורחב	תקופת המתנה: <input type="checkbox"/> 3 חודשים (ברירת מחדל) <input type="checkbox"/> 6 חודשים	פיצוי מוגדל: (לא חל על "שחרור") <input type="checkbox"/> 2 חודשים <input type="checkbox"/> 9 חודשים	פיצוי חודשי: <input type="checkbox"/> (לא חל על "שחרור") ש"ח <input type="text"/>
כיסויים נוספים***:		תכנית 1	
שם תוכנית		תכנית 2	
סכום הביטוח (ש"ח)		תכנית 3	

* עלות הכיסויים תגבה מדמי הביטוח לפוליסות השונות לפי יחס דמי הביטוח לכ"א מהן.
 ** כיסויים ביטוחיים לריסק ולא כושר עבודה עד תום תקופת הביטוח או עד גיל 67, לפי המוקדם מביניהם.
 *** כיסויים נוספים עד גיל 65 או עד תום תקופת הביטוח, לפי המוקדם מביניהם.

ה. מסלולי השקעה לפוליסות: מגדלור 2007 להפקדות שוטפות/מגדלור לחיים 2007 להפקדות שוטפות

החברה הנהיגה מספר מסלולי השקעות לגבי התוכניות המפורטים להלן ונקבעו תנאים למסלולי ההשקעות האמורים לרבות תנאים מיוחדים, הגבלות והשלכות לשינוי המסלול. על מנת להצטרף למסלול השקעות "מעגל החיים" יש למלא טופס נפרד המהווה חלק בלתי נפרד של הצעה זו. בהעדר סימון תושקע ההפקדה לחסכון בכל אחת מהתוכניות האמורות במסלול השקעה כללי 1, מסלול השקעה ברירת המחדל. מסלול זה הינו מסלול המנוהל לפי שיקול דעת החברה בכפוף לתנאים קבוע בהסדר התחיקתי. להלן בחירתי (יש לסמן את המסלול הנבחר):

קוד מסלול		שם מסלול ההשקעה	קוד מסלול		שם מסלול ההשקעה	קוד מסלול		שם מסלול ההשקעה
מגדלור לחיים 2007	מגדלור 2007		מגדלור לחיים 2007	מגדלור 2007		מגדלור לחיים 2007	מגדלור 2007	
199	119	צמוד דולר	196	116	כללי 2	192	72	מסלול השקעה כללי 1
190	120	מט"ח (מינימום 70%)	197	117	כללי 3	193	113	אג"ח ופקדונות (מינימום 80%)
191	121	אג"ח ופקדונות 100%	198	118	מניות	194	114	אג"ח ופקדונות (מינימום 65%)
		מסלול השקעה "מעגל החיים"				195	115	מט"ח (מינימום 50%)

ו. פוליסת מגדלור לחיים 2007 להפקדות חד פעמיות

ההפקדה הראשונה החד פעמית לפוליסה ש"ח _____
 מסלולי ההשקעה המוצעים בפוליסת מגדלור לחיים 2007 להפקדות חד פעמיות. על מנת להצטרף למסלול השקעות "מעגל החיים" יש למלא טופס נפרד המהווה חלק בלתי נפרד של הצעה זו. בהעדר סימון תושקע ההפקדה לחסכון במסלול השקעה כללי 1, מסלול השקעה ברירת המחדל. מסלול זה הינו מסלול המנוהל לפי שיקול דעת החברה בכפוף לתנאים קבוע בהסדר התחיקתי. להלן בחירתי:

קוד מסלול	שם מסלול ההשקעה	קוד מסלול	שם מסלול ההשקעה	קוד מסלול	שם מסלול ההשקעה
249	צמוד דולר	246	כללי 2	230	מסלול השקעה כללי 1
240	מט"ח (מינימום 70%)	247	כללי 3	243	אג"ח ופקדונות (מינימום 80%)
231	אג"ח ופקדונות 100%	248	מניות	244	אג"ח ופקדונות (מינימום 65%)
	מסלול השקעה "מעגל החיים"			245	מט"ח (מינימום 50%)

מק"ט: 425100025 גרסא: 08.2009





ז. מוטבים

מינוי מוטבים-בחי המבוטח בתום תקופת הביטוח - המבוטח. במקרה פטירה:

מס' תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה למבוטח	החלק היחסי בתגמולי הביטוח באחוזים

ח. הצהרות

הצהרות המועמד לביטוח

אני הח"מ מבקש להתקבל כמבוטח בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח שנבחרה בהצעה זו והנני מצהיר כדלקמן:

הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה ובהצהרת בריאות: המועמד לביטוח מאשר בהתייחס לתשובות ולמידע שמסר, כי כל התשובות, הפרטים ומידע אחר שמסר במסגרת הצעה זו ו/או במסגרת הצהרת הבריאות, הינם נכונים ומלאים. המועמד לביטוח מתחייב כי אם ידרש לכך על ידי החברה, להיבדק בדיקה רפואית על ידי רופאי החברה ותשובות שתימסרנה לרופא החברה תיחשבנה כחלק מההצעה והצהרה זו תחול עליהן. ידוע לו, כי תשובות ומידע זה הינם מהותיים למבטח 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, אני מתחייב להודיע לחברה אם בעתיד יחול שינוי במי המנתונים שנמסרו לעיל ו/או שאמסור לחברה לעיל וזאת מיד עם היוודע לי על דבר השינוי.

הצהרה בקשר לכיסוי אבדן כושר עבודה: אם התבקש כיסוי לאבדן 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 במקצוע או בעיסוקו שיחול במשך תקופת הביטוח.

הודעה והסכמה לפי חוק הגנת הפרטיות: אני מאשר, כי המידע הכלול בהצעה זו וכל מידע נוסף שיימסר ו/או נמסר על ידי לחברה, ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה, ויישמר במאגרי מידע של החברה ו/או הקבוצה ו/או אצל מי מטעמה ו/או ישמש את החברה ו/או חברות מהקבוצה כמאגר דיוור ישיר ומטרתו הינה יצירת קשר וטיפול בכל העניינים הקשורים ו/או הנובעים מכל המוצרים שלי בחברה ובקבוצה ו/או הנלווים אחיהם, מתן מידע לצורך ניהול וטיפול שוטף בענייני, מתן אפשרות לקבוצה להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים שונים, בין אם מוצרי הקבוצה ובין אם של צדדים שלישיים וכן למטרות עיבודים סטטיסטיים. אני מאשר בזאת לחברה ו/או לקבוצה ו/או מי מטעמה לבצע פילוחים במידע לצורך קיום מטרות אלו. בכל מקרה כאמור, אם לא אהיה מעוניין במידע או פנייה כאמור, אוכל להודיע על כך לקבוצה עם הפניה הראשונה אלי.
"הקבוצה", משמעותה, החברות והגופים אשר מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ מחזיקה, בכל עת, במישרין או בעקיפין ב - 50% או יותר.

העברת מידע בקווי תקשורת: אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התוכנית ו/או אודותיי באמצעות הטלפון, האינטרנט או באמצעי תקשורת חליפי, למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך כי במקרה זה יתכנו תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים המהווים פגיעה בפרטיות וזאת על אף אמצעי אבטחת המידע שהחברה נוקטת והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקלית את התקשורת שתקיים עמי בקווי התקשורת. כמו כן אני מאשר שתשלחו לי את הקוד הסודי לצורך שימוש במערכת המידע האישי באתר האינטרנט של קבוצת מגדל בדואר רשום.

הצהרת דבר מרכיבי התוכנית והתאמתם למבוטח: החברה מסרה לי כי תכניות הביטוח המשווקות על ידיה מעת לעת, לרבות זו שנרכשה על ידי, מפורסמות באתר האינטרנט של החברה. מרכיבי התוכנית הנרכשת, לרבות הכיסויים הביטוחיים ועלותם וכן החריגים לכיסוי ידועים לי. כן ידוע לי כי קיימות בחברה תוכניות ביטוח נוספות מסוגים שונים, הנבדלים מהתוכנית הנרכשת בהרכב הכיסוי הביטוחי, בעלותם ובהיקפם, ואני מאשר, כי התוכנית הנרכשת 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 שרכשתי ביחס לאלו שהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התכנית שרכשתי עשויים להשתנות.

אימות נתונים מול מרשם האוכלוסין: אני מאשר ונותן בזאת את הסכמתי לבצע אימות נתונים מול מרשם האוכלוסין של משרד הפנים לנתונים הבאים: תעודת זהות, שם משפחה ושם פרטי, מצב משפחתי, מען מלא, מין ותאריך לידה. אני מאשר לכם בזאת לשנות את פרטי המען בהתאם לאמור במרשם האוכלוסין.

הצהרה בדבר קבלת יעוץ השקעות: אני החתום מצהיר בזה כי ידוע לי שלפי חוק הסדרת העיסוק בייעוץ רשאים לייעץ בתחום ההשקעות רק יועצי השקעות מטעם הרשות לניירות ערך. הובהר לי, כי סוכן הביטוח אינו מוסמך לתת לי ייעוץ השקעות, ואני מאשר כי לא קיבלתי ממנו כל יעוץ כאמור. כן אני מאשר כי ניתנה לי האפשרות להיעוץ עם יועץ השקעות מטעמי, בדבר סוג ההשקעות וכדאיתן.

<input type="text"/>	שם המועמד לביטוח	<input type="text"/>	תאריך
<input type="text"/>	חתימת המועמד לביטוח	<input type="text"/>	

הצהרת הסוכן: הריני מצהיר בזאת, כי שאלתי את המועמד לביטוח בין היתר את כל השאלות המופיעות למעלה וקבלתי ממנו את כל הפרטים, המידע והמסמכים הדרושים ובין היתר את הפרטים המפורטים בטופס זה על צרופותיו וכי מסרתי למועמד לביטוח את כל המסמכים הנדרשים לקבוע בהסדר התחיקתי.
כמו כן אני מאשר בזאת כי בדקתי את תעודת הזהות של המועמד לביטוח והשוויתי את הפרטים המנויים בתעודת הזהות לפרטי המועמד לביטוח המופיעים מעלה ומצאתי כי הם זהים.

<input type="text"/>	שם הסוכן	<input type="text"/>	תאריך
<input type="text"/>	חתימת הסוכן	<input type="text"/>	



0111511803050809



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הפנסיוני
כתובת	מספר פוליסה

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

שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' טלפון	מס' סולרי
דואר אלקטרוני			מקצוע/עיסוק		
גובה (ס"מ)		משקל (ק"ג)			

השאלה/המחלה	כן	לא
ד. מחלות לב וכלי דם. כגון: התקף לב, אוטם, טרומבוסה, אנגינה פקטוריס, לחץ דם, אי ספיקת לב, הפרעות קצב הלב או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ה. מחלות דרכי העיכול. כגון: אולקוס (כיב קיבה או תריסרון), מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כבד וכיס מרה, חולי אי בדיקות הקשורות במחלות צהבת (Hepatitis), דם סמוי בצואה או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ו. מחלות כליה ודרכי השתן. כגון: מחלות או זיהומים בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ז. מחלות חילוף חומרים. כגון: סוכרת, מחלות בלוטות, מחלות בלוטות המגן, שומנים גבוהים בדם, כולסטרול מעל 220 מ"ג %, המופיליה או הפרעות אחרות הקשורות בדם.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ח. מחלות מין ועור כגון: עגבת, פצע שאינו מתרפא, שינויים בגודל וצורה של נקודת חן, יבלת, מלנומה או סרטן עור.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ט. חולי או הדבקות הקשורים באיידס (תסמונת הכשל החיסוני) או האם אתה נושא נוגדנים של איידס.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
י. כאבי גב, מחלות פרקים ועצמות, כגון: דלקות פרקים, ראומטיזם, ארטריטיס או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
יא. האם אי פעם נדחתה או נתקבלה בתנאים מיוחדים הצעתך לביטוח חיים או בריאות בחברת ביטוח כלשהי?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
יב. האם אתה מקבל תרופות? נא פרט מטה:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

שם התרופה	המינון

השאלה/המחלה	כן	לא
1. עישון: אני מעשן _____ סיגריות ליום, החל משנת _____ בעבר עישנתי _____ סיגריות ליום, החל משנת _____ ועד שנת _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אלכוהול: אני צורך/צרכת יותר מליטר אלכוהול בשבוע החל משנת _____ ועד שנת _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
סמים: אני צורך/צרכת סמים, מזה _____ שנים שאני צורך סמים. רשום את סוג הסמים, מתי ובמשך איזו תקופה (חודש/שנה): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. האם אתה בריא כעת, מסוגל לעבוד בעבודתך במשרה מלאה והאם היית בריא ומסוגל לעבוד ב-12 החודשים האחרונים לפני מילוי הצהרה זו?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. האם יעצו לך לעבור ניתוח או אושפזת בבית חולים ב-10 השנים האחרונות? האם עברת אי פעם ניתוח?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי, מקבל טיפול רפואי, האם נפצעת בתאונה או עברת בדיקות ב-3 החודשים האחרונים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. האם נעדרת מהעבודה בשל מחלה למעלה מחודש ב-5 השנים האחרונות?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. האם אתה סובל או סבלת בעבר מאחת מן המחלות/הפרעות שלהלן: א. סרטן, גידול, גוש או ממאירות.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ב. מחלות העצבים והחושים. כגון: שיתוקים, סחרחורות והתעלפויות, אפילפסיה, כאבי ראש כרוניים (מיגרנות), הפרעות תנועה או תחושה, הפרעה בראייה או בשמיעה, דיכאון או מחלות נפשיות.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ג. מחלות דרכי הנשימה והריאה, כגון: אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, יריקת דם, שיעול ממושך, אמפיזמה, מחלת קרום הריאה או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

שם קופת החולים	שם הסניף	שם הרופא המטפל	כתובת הרופא או הסניף	המוסד הרפואי המטפל
<input type="checkbox"/> מכבי שירותי בריאות <input type="checkbox"/> שירותי בריאות כללי	<input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית			

אם התשובה על אחת או יותר מן השאלות 3 - 5 היא "כן", נא פרט ורשום את מספר השאלה שביגנה הפירוט:							
מס' שאלה	המחלה/ההפרעה/ הבדיקה/הפציעה/הנכות	מתי החלה (חודש ושנה)	מתי הסתיימה (חודש ושנה)	האם החלמת/ האם ממציא הבדיקה תקינים	איזה טיפול קיבלת (חודש ושנה)	האם היית מאושפז ומתי (חודש ושנה)	אם הסתיימה, האם חזרה מספר פעמים
לא							
לא							
לא							

א. אני/הח"מ מצהיר/ים בזה שכל התשובות שנתתי/נו בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. אני/מתייבאים אם מדרש לכך על ידי החברה, להיבדק בדיקה רפואית על ידי רופאי החברה והתשובות שתימסרנה על ידי רופאי החברה תישבנה כחלק מהצעת/נו. ידוע ל/נו שהביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה הודיעה על תנאי קבלה רגילים, או במקרה והחברה הודיעה על תנאי קבלה מיוחדים, רק לאחר הסכמת/נו להם, ובתנאי נוסף שמיים הבדיקה או מיום החתימה על הצהרת הבריאות ועד ליום שבו החליטה החברה על הסכמתה לעריכת הפוליסה לא חל שינוי במצב בריאות/נו, באורח חיי/נו ובעיסוק/נו.

ב. הודעה לפי סעיף 11 לחוק הגנת הפרטיות: בסעיף זה "החברה" משמעותו מגדל חברה לביטוח בע"מ, וחברות וגופים שבשליטת מגדל אחזקות ביטוח בע"מ. אני הח"מ מאשר בזאת שהמידע המבוקש שמסרתי במסגרת הצעה זו נמסר מראשני ובהסכמת. 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, ליצירת 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 תתמזג עם גוף אחר, היא תהיה זכאית להעביר לתאגיד החדש העתק מן המידע שנאגר אודותי ובלבד שתאגיד זה יקבל על עצמו כלפי את הוראות הודעה זו.

ידוע לי/נו כי הצהרת הבריאות והצהרת המבוטח ונכונותן הן תנאי לחבות המבטח.

תאריך: _____ שם פרטי ושם משפחה: _____ מספר הזהות: _____ חתימת המועמד לביטוח: _____

יתור על סודיות רפואית
אני הח"מ, בשמי/נו ובשם ילדי, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאפטרופוס/ית טבעית/ שלהם, נותן/ים בזה 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 ובתי החולים האחרים, המוסד לביטוח לאומי, לחברות הביטוח, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון 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 ע"י "המבקש" על מצב בריאות/נו ו/או על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שהנני/ חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד, והנני/ משחרר/ים אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאות/נו ו/או מחלתי/נו כנ"ל, ומוותרים על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי/נו אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי/נו, את עובדי/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו, וכן הנני מייפה/ים את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאות/נו.

תאריך: _____ שם פרטי ושם משפחה: _____ מספר הזהות: _____ חתימת המועמד לביטוח: _____



הוראה לחיוב - ביטוח חיים, בריאות

טופס מספר **5**

שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הפנסיוני
כתובת	מספר טלפון

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

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה		קוד המוסד	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה
		מס' סניף	מס' בנק		
				00602	

לכבוד:

שם הבנק	מס' סניף	מס' בנק	כתובת הסניף (רחוב)	מס' בית	יישוב

אני הח"מ (בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק):

מס' תעודת זהות/ח.פ.	שם משפחה	שם פרטי	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	יישוב	מיקוד

1. נותנים לכם בזה הוראה לחיוב חשבוננו 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 ההרשאה".
2. ידוע לי/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 רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה כל כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
 - ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח בבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנכתבו בכתב ההרשמה, אם נקבעו.
 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 להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
 6. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך ויודיע לי/לנו כל 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 ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבע מעת לעת ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ עפ"י תנאי הפוליסה/ות ותוספתיה/הן

	תאריך
חתימת בעל החשבון ★	תאריך

אישור הבנק לכבוד **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 חשבוננו/ם 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 בהתחייבותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה		קוד המוסד	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה
		מס' סניף	מס' בנק		
				00602	

תאריך: _____ בנק וסניף: _____ חתימת וחותמת הסניף: _____

תשלום בכרטיס אשראי בהוראת קבע

בעל כרטיס אשראי			אני מר/גברת		
מס' תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	סוג הכרטיס	מספר הכרטיס	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 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 ויישא 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 ★	תאריך

אישור עובד החברה לבדיקת פרטי כרטיס האשראי

נבדק ואושר על ידי פקיד ביטוח חיים _____ בתאריך: _____ חתימת הבודק: _____

