



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר הפוליסה

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

הצעה לביטוח מנהלים

אני/החברות/המועמד לביטוח וא/או המעביד פונים בזה אל מגדל חברה לביטוח בע"מ להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן סוג קופה:

קופה משלמת לקצבה (1) מגדלור 2009 קופה משלמת לקצבה (2) מגדלור לחיים 2009 קופה משלמת לקצבה (3) מגדל בוחו קופה משלמת לקצבה ("פוליסות מסוג קופה משלמת")
קופה לא משלמת לקצבה (4) מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת לקצבה ("פוליסה מסוג קופה לא משלמת")

במסגרת הצעה זו ניתן לשלב בין שני סוגי הפוליסות: פוליסה מסוג קופה לא משלמת ועוד עד שתי פוליסות מסוג קופה משלמת ובהתאם יש למלא את הפרטים המתאימים לסוג הפוליסה הנבחר.

טופס מספר **115**

א. פרטי המועמד לביטוח ("המבוטח"/"העובד")					
מס' תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	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 מיוחד)					

ב. פרטי המעביד			
שם המעביד	מס' המפעל	מס' הזהות/ח"פ/ח"צ	
מס' טלפון	מס' פקס	דואר אלקטרוני	
כתובת (שם הרחוב/ת"ד)	מס' בית	ישוב	מיקוד

ג. סוג הצטרפות
יש לסמן בהתאם לסוג ההצטרפות המבוקש. לא ניתן לבצע העברות חד פעמיות מקופת גמל אחרת לפוליסה "מגדלור 2009 קופה משלמת".
<input type="checkbox"/> הפקדות שוטפות
<input type="checkbox"/> הפקדה חד-פעמית ע"י העברה מקופת גמל אחרת
<input type="checkbox"/> הפקדה חד פעמית ע"י העברה מקופת גמל אחרת והפקדות שוטפות
במידה ומבקשים להפקיד הפקדה חד-פעמית מקופת גמל אחרת, יש למלא את הפרטים בסעיף י"א - להלן.

ד. פרטים בדבר המועדים		
תאריך התחלת עבודה אצל המעביד	יום תחילת הביטוח המבוקש (שנה/חודש/יום)	גיל תום תקופת הביטוח*

(יש לקבוע גיל תום תקופה בין 60 ל-67).
(* בהעדר סימון תום תקופת הביטוח יהיה גיל 67. "גיל" – כהגדרתו בתנאי הפוליסה.)

ה. חלוקת השכר וההפרשות בין פוליסות הביטוח:

בשילוב של מספר פוליסות, יש לקבוע, לגבי כל פוליסה שנבחרה, את סכום השכר ההתחלתי שיופנה לפוליסה וכן את מרכיבי הפוליסה (תגמולים/פיצויים) וכן את מסלולי ההשקעה.

נבחר שילוב בין שני סוגי פוליסות, במקרה של שינויים עתידיים בדמי הביטוח כפי שנקבעו בהצעה זו, יקבע יחס חלוקת דמי הביטוח בין סוגי הפוליסות ששולבו, בהתאם לאופן הגביה שנבחר לכ"א מסוגי הפוליסות, כדלקמן:

1. נקבע לשני סוגי הפוליסות אופן גביה לפי תקבול מהמעביד - לפי יחס דמי הביטוח לסוגי הפוליסות השונים כפי שנקבע בהצעה.
2. נקבע לשני סוגי הפוליסות אופן גביה יזום (צמוד מדד, צמוד תוספת יוקר עם תקרה, צמוד תוספת יוקר ללא תקרה) - לפי סוג ההצמדה שנקבע בהצעה.
3. נקבע לסוג פוליסה אחד אופן גביה לפי תקבול מהמעביד ולסוג הפוליסה האחר אופן גביה אחר - השינוי בדמי הביטוח יופנה ראשית לפוליסות בהן אופן הגביה איננו לפי תקבול מהמעביד בהתאם לסוג ההצמדה שנקבע בהצעה, ויתרת השינוי בדמי הביטוח תופנה לסוג הפוליסה לגביו נקבע אופן גביה לפי תקבול מהמעביד.



0111511501080809

עמוד מספר **1** מתוך 8 דפים

טופס הצעה

קוד מסמך: 115

1. פוליסות מסוג קופה משלמת (ניתן לשלב עד שתי פוליסות מסוג זה)

1. פרטים בדבר חלוקת השכר וההפרשות:

בשילוב בין שתי פוליסות מאותו סוג, במקרה של שינויים עתידיים בדמי הביטוח, יקבע יחס חלוקת דמי הביטוח בין הפוליסות מסוג קופה משלמת ששולבו כאמור, לפי יחס דמי הביטוח לפוליסות השונות כפי שנקבע בהצעה.

עלות הכיסוי הביטוח מתחלקת בין הפוליסות מאותו סוג שנרכשו, באופן יחסי למשכורת בכל אחת מהפוליסות.

על פי תקנה 19 לתקנות מס הכנסה (כללים לאישור וניהול קופות גמל) תשכ"ד-1964, בכל מקרה של הפרשה לפיצויים בקופת גמל משלמת לקצבה, חייבת להיות הפרשה למרכיב תגמולים בקופת גמל משלמת לקצבה, בגובה השכר המתאים. על פי התקנות, חלק מעביד וחלק עובד בתגמולים חייב להיות בתוכנית ביטוח אחת, לפי השכר המבוטח בכל פוליסת ביטוח.

מבוטח שבחר בפוליסת מגדל בטוח 2009 מאשר כי ידוע לו שהזכות לקבלת ההטבות כקבוע בתנאי פוליסה זו איננה חלה על הפקדות חד-פעמיות, למעט הפקדות חד-פעמיות שהחברה הסכימה לקבלן ושולמו לחברה תוך 90 יום מיום תחילת הביטוח, וכן מותנית, בין היתר בכך שתקופת תוקפה של הפוליסה עלתה על 240 חודשים מלאים ובמילוי תנאים נוספים כקבוע בתנאי הפוליסה.

דמי ניהול מהחיסכון המצטבר	דמי ניהול מדמי ביטוח	הפרשות נוספות לאובדן כושר עבודה (אחוזים)		מרכיב תגמולי עובד (אחוזים)*	מרכיב תגמולי מעביד (אחוזים)*	מרכיב הפיצויים (אחוזים)*	שכר לפוליסה	שם הפוליסה	
		ע"ח עובד	ע"ח מעביד						
		_____%	עד _____%	_____%	_____%	_____%		מגדלור 2009 קופה משלמת	<input type="checkbox"/>
		_____%	עד _____%	_____%	_____%	_____%		מגדלור לחיים 2009 קופה משלמת	<input type="checkbox"/>
		_____%	עד _____%	_____%	_____%	_____%		מגדל בטוח 2009 קופה משלמת	<input type="checkbox"/>

*במידה והפרשות הינן בהתאם לצו הרחבה יש לסמן:

שיעור ההפרשות משתנה בהתאם לצו הרחבה לביטוח פנסיוני מקיף במשק לפי חוק הסכמים קיבוציים, התשי"ז-1957 כפי שידוע במועד ההצעה.

אופן הגביה שיחול על כל הפוליסות מסוג קופה משלמת (לא ניתן לפצל בין שני סוגי הפוליסות לגבי אופן הגביה שיבחר יחול לגבי כל הפוליסות מסוג קופה משלמת):

<input type="checkbox"/> לפי תקבול מהמעביד	<input type="checkbox"/> צמוד למדד	<input type="checkbox"/> צמוד לתוספת יוקר עם תקרה	<input type="checkbox"/> צמוד לתוספת יוקר ללא תקרה
--	------------------------------------	---	--

2. בחירת מסלולי השקעה בפוליסות מסוג קופה משלמת (לא חל על פוליסת "מגדל בטוח 2009")

פוליסת מגדלור 2009 קופה משלמת ומגדלור לחיים 2009 קופה משלמת, ניתן לבחור לכל היותר **בשני מסלולי ההשקעה** בגין ההפקדה לחיסכון, האחד בעבור מרכיב הפיצויים והשני בעבור מרכיב התגמולים.

להלן בחירת:

בהעדר סימון יושקע מרכיב הפיצויים או מרכיב התגמולים, לפי העניין, במסלול השקעה כללי 1 - מסלול השקעת ברירת המחול. מסלול זה הינו מסלול המנוהל על-פי שיקול דעת החברה בכפוף לתנאים כקבוע בהסדר התחיקתי.

אם בחר העובד להשקיע את מרכיב הפיצויים במסלול שאינו מסלול השקעה כללי 1, נדרשת הסכמה בכתב של המעסיק כמפורט בסעיף י' להצעה זו.

פוליסת מגדלור לחיים 2009 קופה משלמת			
קוד מסלול (שימוש פנימי)	שם מסלול ההשקעה	מרכיב תגמולים	מרכיב פיצויים
73	מסלול השקעה כללי 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123	אג"ח ופיקדונות (מינימום 80%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
124	אג"ח ופיקדונות (מינימום 65%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
125	מט"ח (מינימום 50%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
126	כללי 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
127	כללי 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
128	מנייתי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
129	צמוד דולר	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130	מט"ח (מינימום 70%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
131	אג"ח ופיקדונות 100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	מעגל החיים*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

פוליסת מגדלור 2009 קופה משלמת			
קוד מסלול (שימוש פנימי)	שם מסלול ההשקעה	מרכיב תגמולים	מרכיב פיצויים
72	מסלול השקעה כללי 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113	אג"ח ופיקדונות (מינימום 80%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114	אג"ח ופיקדונות (מינימום 65%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115	מט"ח (מינימום 50%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116	כללי 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117	כללי 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
118	מנייתי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
119	צמוד דולר	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120	מט"ח (מינימום 70%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121	אג"ח ופיקדונות 100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	מעגל החיים*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* על מנת להצטרף למסלול ההשקעות מעגל החיים יש למלא טופס נפרד המהווה חלק בלתי נפרד מהצעה זו.





3. כיסויים ביטוחיים שירכשו בפוליסות מסוג קופה משלמת

עלות הכיסויים הביטוחיים מתוך מרכיב התגמולים בפוליסות מסוג קופה משלמת לא תעלה בכל עת על 35% מדמי הביטוח החודשיים לאחר ניכוי דמי ניהול מדמי הביטוח המיוחסים למרכיב התגמולים ובכפוף להסדר התחיקתי ("התקרה").

לידיעתך - אם בחודש מסוים עלות הכיסויים הביטוחיים בפוליסות מסוג קופה משלמת עלתה על התקרה, יוקטנו הכיסויים הביטוחיים כדלקמן: תחילה יקטן הכיסוי למקרה מוות, לאחר מכן יקטן הכיסוי הביטוחי לפיצוי בגין אבדן כושר עבודה ולאחר מכן יבוטל הכיסוי לשחרור.

אם שולבו במסגרת הצעה זו שתי פוליסות מסוג קופה משלמת, והכיסויים הביטוחיים למקרה מוות ולא כושר עבודה נרכשו מתוך ההפרשות לתגמולים, עלות רכישת הכיסויים תיוחס פרופורציונלית למרכיב התגמולים בכ"א מהפוליסות ששולבו כאמור, לפי שיעור היחס של כל אחד מהם למרכיב התגמולים בפוליסות מסוג קופה משלמת.

4. תוכניות ביטוח של הכיסויים הביטוחיים בפוליסות מסוג קופה משלמת מתוך התקציב

ממן את סוגי התוכנית המבוקשות, לכל סוג תוכנית שנבחרה השלם את הפרטים הנדרשים.

אור 1 - ביטוח למקרה פטירה בדמי ביטוח משתנים מדי שנה - רשום את סכום הביטוח בסכומים או בכפולות שכר ובחר באחת מבין האפשרויות שלהלן:

לא כולל החיסכון המצטבר (ו)	לא כולל החיסכון המצטבר (ח)
ש"ח <input type="text"/>	משכורות <input type="text"/>
כולל החיסכון המצטבר (ז)	כולל החיסכון המצטבר (ט)

אבדן כושר עבודה בדמי ביטוח משתנים

שם התוכנית: שלוה מגדל כושר שחרור

סוג התוכנית:	תקופת המתנה:	פיצוי מוגדל:	נספח עוז
רגיל <input type="checkbox"/> מורחב <input type="checkbox"/>	3 חודשים (ברירת מחדל) <input type="checkbox"/> 6 חודשים <input type="checkbox"/>	(לא רלוונטי אם נקנה "שחרור"): 2 חודשים <input type="checkbox"/> 9 חודשים <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
פיצוי חודשי (לא רלוונטי אם נקנה "שחרור"):			
ש"ח <input type="text"/>			
או <input type="checkbox"/>			
% מהשכר המבוטח <input type="text"/>			

ז. פוליסה מסוג קופה לא משלמת

1. פרטים בדבר חלוקת השכר וההפרשות

דמי ניהול מהחיסכון המצטבר	הפרשות נוספות לאובדן כושר עבודה (אחוזים)		מרכיב תגמולי* עובד (אחוזים)	מרכיב תגמולי* מעביד (אחוזים)	מרכיב הפיצויים* (אחוזים)	שכר לפוליסה	שם הפוליסה	מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת
	ע"ח עובד	ע"ח מעביד						
	%	%	%	%	%			<input type="checkbox"/>

*במידה וההפרשות הינן בהתאם לצו הרחבה יש לסמן:

שיעור ההפרשות משתנה בהתאם לצו הרחבה לביטוח פנסיוני מקיף במשק לפי חוק הסכמים קיבוציים, התשי"ז-1957 כפי שידוע במועד ההצעה.

אופן הגביה

<input type="checkbox"/> לפי תקבול מהמעביד	<input type="checkbox"/> צמוד למדד	<input type="checkbox"/> צמוד לתוספת יוקר עם תקרה	<input type="checkbox"/> צמוד לתוספת יוקר ללא תקרה
--	------------------------------------	---	--

2. בחירת מסלולי השקעה בפוליסת מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת

ניתן לבחור לכל היותר בשני מסלולי השקעה בגין ההפקדה לחיסכון בפוליסה, האחד בעבור מרכיב הפיצויים והשני בעבור מרכיב התגמולים.

להלן בחירת:

בהעדר סימון יושקע מרכיב הפיצויים או מרכיב התגמולים, לפי העניין, במסלול השקעה כללי 1 - מסלול השקעת ברירת המחדל. מסלול זה הינו מסלול המנוהל על-פי שיקול דעת החברה הכפוף לתנאים קבוע בהסדר התחיקתי.

אם בחר העובד להשקיע את מרכיב הפיצויים במסלול שאינו מסלול השקעה כללי 1, נדרשת הסכמה בכתב של המעסיק כמפורט בסעיף י' להצעה זו.

פוליסת מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת

קוד מסלול (שימוש פנימי)	שם מסלול השקעה	מרכיב תגמולים	מרכיב פיצויים
230	מסלול השקעה כללי 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
243	אג"ח ופיקדונות (מינימום 80%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
244	אג"ח ופיקדונות (מינימום 65%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
245	מט"ח (מינימום 50%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
246	כללי 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
247	כללי 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
248	מניית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
249	צמוד דולר	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
240	מט"ח (מינימום 70%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
231	אג"ח ופיקדונות 100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	מעגל החיים*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* על מנת להצטרף למסלול ההשקעות מעגל החיים, יש למלא טופס נפרד המהווה חלק בלתי נפרד מהצעה זו.





3. כיסויים ביטוחיים בפוליסת מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת

עלות הכיסויים הביטוחיים מתוך מרכיב התגמולים בפוליסות מסוג קופה לא משלמת לא תעלה בכל עת על 35% מדמי הביטוח החודשיים לאחר ניכוי דמי ניהול מדמי הביטוח המיוחסים למרכיב התגמולים ובכפוף להסדר התחיקתי ("התקרה").
לידיעתך - אם בחודש מסוים עלות הכיסויים הביטוחיים בפוליסות מסוג קופה לא משלמת עלתה על התקרה, יוקטנו הכיסויים הביטוחיים כדלקמן: תחילה יקטן הכיסוי למקרה מוות, לאחר מכן יקטן הכיסוי הביטוחי לפיצוי בגין אובדן כושר עבודה ולאחר מכן יבוטל הכיסוי לשחרור.

4. תוכניות ביטוח של הכיסויים הביטוחיים בפוליסת מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת שירכשו מתוך התקציב

ממן את סוגי התוכנית המבוקשות, לכל סוג תוכנית שנבחרה השלם את הפרטים הנדרשים.

אור 1 - ביטוח למקרה פטירה בדמי ביטוח משתנים מדי שנה - רשום את סכום הביטוח בסכומים או בכפולות שכר ובחר באחת מבין האפשרויות שלהלן:

<input type="checkbox"/> לא כולל החיסכון המצטבר (ו)	<input type="checkbox"/> ש"ח <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> לא כולל החיסכון המצטבר (ח)	<input type="checkbox"/> כולל החיסכון המצטבר (ט) <input type="text"/>

אבדן כושר עבודה בדמי ביטוח משתנים

שם התוכנית: שלוה מגדל כושר שחרור

<p>סוג התוכנית:</p> <p><input type="checkbox"/> רגיל <input type="checkbox"/> מורחב</p>	<p>תקופת המתנה:</p> <p><input type="checkbox"/> 3 חודשים (ברירת מחדל) <input type="checkbox"/> 6 חודשים</p>	<p>פיצוי מוגדל:</p> <p>(לא רלוונטי אם נקנה "שחרור"):</p> <p><input type="checkbox"/> 2 חודשים <input type="checkbox"/> 9 חודשים</p>	<p>נספח עוז <input type="checkbox"/></p>	<p>פיצוי חודשי (לא רלוונטי אם נקנה "שחרור"):</p> <p><input type="checkbox"/> ש"ח <input type="text"/></p> <p>או</p> <p><input type="checkbox"/> % מהשכר המבוטח <input type="text"/></p>
---	---	---	--	---

ח. כיסויים ביטוחיים נוספים שלא מתוך ההפרשות בפוליסה נפרדת ואמצעי גביה נוספים

מטריה ביטוחית פלוס

(הצטרפות לתוכנית זו אפשרית רק למבוטחים שהינם עמיתים בקרן פנסיה בישראל).
הכיסויים לפי פוליסת מטריה ביטוחית פלוס חלים ובתוקף כל עוד המועמד לביטוח הינו עמית בקרן פנסיה, ודמי הביטוח משולמים כסדרם.

פרטי קרן הפנסיה	כיסויי הביטוח (יש לסמן את פרקי הביטוח אותם הינך מבקש לרכוש)
שם קרן הפנסיה	<input type="checkbox"/> מגדל כושר מורחב. אם נרכש כיסוי זה, חובה לרכוש גם כיסוי לתשלום פנסיות נכות מקצועית - (תעריף 767)
השכר החודשי המבוטח בקרן הפנסיה (ש"ח)	<input type="checkbox"/> כיסוי פנסיות נכות ושחרור עקב נכות בתקופת האכשרה בקרן - (תעריף 905)
קצבת הנכות בקרן הפנסיה (ש"ח)	<input type="checkbox"/> כיסוי לתשלום פנסיות נכות מקצועית - (תעריף 906)
קצבת שאירים בקרן הפנסיה (ש"ח)	<input type="checkbox"/> פרנצי'זה - (תעריף 907)
	<input type="checkbox"/> עוז משלים - (תעריף 806)
	<input type="checkbox"/> כיסוי בגין נכות שנגרמה כתוצאה מתאונת עבודה - (תעריף 908)
דמי התגמולים החודשיים לקרן (ש"ח)	<input type="checkbox"/> כיסוי קצבת שאירים עקב מוות בתקופת האכשרה בקרן - (תעריף 909)

כיסויים ביטוחיים נוספים

שם התוכנית	סכום הביטוח	זהות משלם
		<input type="checkbox"/> ע"ח מעביד <input type="checkbox"/> ע"ח עובד
		<input type="checkbox"/> ע"ח מעביד <input type="checkbox"/> ע"ח עובד
		<input type="checkbox"/> ע"ח מעביד <input type="checkbox"/> ע"ח עובד

- פוליסה פרטית בבעלות המעביד או בבעלות העובד, לפי זהות המשלם את עלות הכיסויים הנוספים.
- ע"ח עובד - יש לצרף הוראת קבע או פרטי כרטיס אשראי של העובד. ע"ח מעביד - יש לצרף הוראת קבע של המעביד.

ט. מינוי מוטבים (מינוי מוטבים יחול לגבי כל הפוליסות ששולבו בהצעה זו)

בחי" המבוטח - המבוטח. במקרה פטירה:

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

במקרה של פטירת המבוטח לפני תום תקופת הביטוח או התחלת תשלומי הקצבה ובעודו מועסק אצל המעביד - סכום השווה לסכום החיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים בהתאם לתנאי הפוליסה ישולם לשאירים כהגדרתם בחוק פיצוי פיטורים והפרש, אם קיים, בין הסכום המגיע במוטח המבוטח לבין סכום השווה לחיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים ישולם למוטבים.

מק"ט 452510013 גרסא: 08.2009





1. פרטים נוספים למילוי על-ידי המעביד

1. שליטה בכספים שהופקדו למרכיב הפיצויים (חובה לסמן אחת מהאפשרויות להלן):

קיים בין העובד והמעביד הסכם עבודה שחל עליו סעיף 14 לחוק פיצוי פיטורים התשכ"ג - 1963. לתשומת לב בפוליסות אשר בהן מופקדים כל כספי הפיצויים בכפוף לצו ההרחבה להסכם קיבוצי כללי לביטוח פנסיוני מקיף במשק, יחול סעיף 14 לחוק פיצוי פיטורים מתוקף הצו.	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	1.1 הסכם לפי סעיף 14
המעביד מאשר, שהעובד יהיה זכאי למרכיב הפיצויים בכל מקרה, והוא מוותר בזאת ויתור בלתי מותנה על השליטה בכספי מרכיב הפיצויים והוא נותן בזאת הוראות בלתי חוזרות לחברה לשלם את מרכיב הפיצויים למבוטח.	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	1.2 ויתור אוטומטי
לעובד זכאות בלא תנאי לעניין משיכה ממרכיב הפיצויים. המעביד מאשר כי העובד יהיה זכאי למשוך את כספי הפיצויים ללא תנאי החל מיום _____ או בתום שלוש שנות עבודה של העובד אצל המעביד ממועד תחילת העבודה הנקוב לעיל, המוקדם מבין המועדים הנ"ל. המעביד מאשר כי זכותו של העובד ליתרת הכספים בפוליסת הביטוח לרבות מרכיב הפיצויים כאמור לעיל הינה הוראה בלתי חוזרת למבטח לפעול בהתאם לקבוע לעיל בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי והיא איננה ניתנת לביטול או לשינוי. זכאותו של העובד כאמור לעיל לא תחול אם התקיימו התנאים המצדיקים פיטורים בלא פיצויים בהתאם לסעיפים 16 או 17 לחוק פיצוי פיטורים התשכ"ג - 1963. לידיעת המעביד, במקרה של זכאות בלא תנאי קיימת נוסחה שונה לחישוב החיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים להבדיל ממרכיב התגמולים, העשויה לצמצם את הסכומים הנדרשים לצורך השלמת פיצויי הפיטורים בעת סיום עבודתו של העובד.	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	1.3 זכאות בלא תנאי

2 הוראות לענין בחירת מסלולי ההשקעה של מרכיב הפיצויים

אין צורך בהסכמת המעביד אם צוינה בהצעה החלופה כי קיים הסכם לפי סעיף 14 או סעיף ויתור אוטומטי על מרכיב הפיצויים או זכאות ללא תנאי, החל מהמועד שבו התגבשה הזכות לזכאות בלא תנאי.

- הנני מאשר כי העובד יקבע את מסלול ההשקעה למרכיב הפיצויים ללא צורך בהסכמת המעביד בכל אחד מסוגי הפוליסות שנבחרו על-ידי העובד.
- בחר המבוטח במסלול השקעות שאינו מסלול השקעה כללי 1 (מסלול השקעת ברירת המחדל) נדרשת הסכמה בכתב של המעביד להשקעתם במסלול שנבחר על-ידי המבוטח.
- הנני מסכים להפקדת מרכיב הפיצויים בכל אחד מסוגי הפוליסות במסלול השקעות הבא אשר נבחר ע"י העובד כאמור לעיל.

שם הפוליסה	מסלול ההשקעה
מגדלור 2009 קופה משלמת	
מגדלור לחיים 2009 קופה משלמת	
מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת	

העדר סימון משמעו כי ניהול מרכיב הפיצויים בכל אחד מהפוליסות יעשה במסלול השקעה כללי 1. מסלול זה הינו מסלול המנוהל על-פי שיקול דעת החברה בכפוף לתנאים כקבוע בהסדר התחיקתי.

3. הוראות לענין רכישת כיסוי ביטוחי שלא מתוך הפרשות

אני מסכים כי יירכשו הכיסויים הביטוחיים הנוספים המפורטים בסעיף ח' לעיל, וזאת על חשבון המעביד בלבד.

4. התחייבויות והצהרות המעביד והמועמד לביטוח (העובד)

בחתימתו על ההצעה מסכים המעביד לתנאי פוליסת הביטוח, כפי שנבחרו בהצעה זו ככל שהם נוגעים אליו, והוא מתחייב לשלם את דמי הביטוח כמפורט בהצעה ובדף פרטי הביטוח ולהעבירם לחברה במועדים כקבוע בהסדר התחיקתי.

המעביד מאשר כי החתומים מטה מוסמכים לחתום בשמו וכי חתימתם על טופס הצעה זה מחייב אותו לכל דבר ועניין.

זכויות המעביד כחוזר לטובת אדם שלישי - ידוע למועמד לביטוח (העובד) כי הוראות הפוליסה המעניקות למעביד זכויות יראו אותן כחוזר לטובת אדם שלישי המקנות למעביד זכות לדרוש את קיום חיובי החברה לפיהן.

המעביד והעובד מצהירים כי כל הפרטים וכל הנתונים הנזכרים לעיל הינם נכונים ומלאים והם מתחייבים למסור לחברה פרטים של שינוי בפרטים או בנתונים כאמור.

תאריך		חתימת המועמד לביטוח (העובד) ★	
תאריך	שם	חתימת וחותמת המעביד ★	תפקיד

יא. פרטים ראשוניים במקרה בו המבוטח מבקש להעביר כספים מקופת גמל אחרת לפוליסות אותן הוא מבקש לרכוש במסגרת הצעה זו

1. פרטי הקופה המעבירה		שם הגוף המנהל של הקופה המעבירה
מספר מ"ה	שם הקופה המעבירה	
סוג הקופה המעבירה		סטטוס העמית בקופה המעבירה
		עמית פעיל <input type="checkbox"/> עמית לא פעיל <input type="checkbox"/>
		מעמד העמית בקופה המעבירה
		עמית שכיר <input type="checkbox"/> עמית עצמאי <input type="checkbox"/>
קופ"ג משלמת לקצבה <input type="checkbox"/>		
קופ"ג לא משלמת לקצבה <input type="checkbox"/>		
קופה לפיצויים ותגמולים בגין כספים שנצברו עד 31.12.2007 <input type="checkbox"/>		

2. פוליסת הביטוח אליה מבקש המועמד לביטוח להעביר את הכספים

סוג העברה		שם קופה	
הפקדות שוטפות (בנוסף להעברה)	העברת צבירה*	מגדלור לחיים 2009 קופה משלמת	
סמן אם כן	אחוז צבירה	מגדל בטוח 2009 קופה משלמת	
<input type="checkbox"/>		מגדלור לחיים 2009 קופה לא משלמת	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

*במידה ובחרת יותר מפוליסה אחת, יש לציין את האחוז מתוך הצבירה אותו הינך מבקש להעביר לקופה הרלוונטית. לא ניתן לבצע העברות חד-פעמיות מקופת גמל אחרת לפוליסה "מגדלור 2009 קופה משלמת".



יב. הצהרות המועמד לביטוח

אני הח"מ מבקש להתקבל כמבוטח בהתאם לתנאי פוליסות הביטוח שנבחרו 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 יידרש 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 הימנו 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 אובדן כושר עבודה: אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה - המועמד לביטוח מצהיר בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבוטח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 75% מהכנסות הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. כן מצהיר המועמד לביטוח שידוע לו כי עליו להודיע לחברה על כל שינוי במקצועו 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 או על ידי המעביד לחברה, ניתן מראוני ובהסכמתי המלאה, וישמך במאגרי מידע של החברה ו/או הקבוצה אצל מי מטעמן. אני מסכים כי המידע כאמור ישמש את החברה ו/או הקבוצה ו/או מי מטעמן לצורך קיום חובות על פי כל דין, ניהול קשרי לקוחות, שירות לקוחות, כמאגר דיוור ישיר ליצירת קשר וטיפול בכל העניינים הקשורים ו/או הנובעים מכל המוצרים שלי בחברה ובקבוצה ו/או הנלווים אליהן ו/או למשלוח מידע אודות השירותים ו/או מוצרי הביטוח ו/או הפיננסים שלי בחברה ו/או בקבוצה ו/או הנלווים אליהן ו/או משלוח מידע פרסומי בכתב על מוצרים ושירותים שונים של החברה ו/או הקבוצה ו/או מי מטעמן ו/או צדדים שלישיים, ניתוח והפקת מידע עסקי, כלכלי או סטטיסטי של החברה ו/או הקבוצה.
"הקבוצה", משמעותה, החברות והגופים אשר מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ מחזיקה, בכל עת, בו, במישרין או בעקיפין ב-50% או יותר מהון המניות. במידה ולא אהיה מעוניין במידע או בפניה לגבי מידע פרסומי בכתב על מוצרים ושירותים שונים של החברה ו/או הקבוצה ו/או מי מטעמן ו/או מצדדים שלישיים וארצה להימחק מהדיוור הישיר כאמור, אוכל להודיע על כך לחברה בכל עת.

העברת מידע בקווי תקשורת: אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התוכנית ו/או אודותי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט או באמצעי תקשורת חליפי, למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח ("קווי תקשורת") וכן כי 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 להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת. כמו כן אני מאשר שתשלוח לי את הקוד הסודי לצורך שימוש במערכת המידע האישי באתר האינטרנט של קבוצת מגדל בדואר רשום.

הצהרה בדבר קבלת יעוץ פנסיוני מהמשווק הפנסיוני: אני מצהיר כי ידוע לי שעל היועץ הפנסיוני או המשווק הפנסיוני, כהגדרתם לפי חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק ביעוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני) התשס"ה-2005 ("בעל רישיון") להתאים את היעוץ או השיווק לצרכי הלקוח לאחר שברר עימו את מטרות החיסכון שלו באמצעות מוצר פנסיוני, את מצבו הכספי דרך כלל, את החיסכון הקיים שלו, באמצעות מוצרים פנסיוניים ואת שאר הנסיבות הצריכות לעניין, ככל שהלקוח הסכים למסור לגביהם מידע, ולאור אלו נעשית הבחירה של סוג המוצר הפנסיוני, המוצר הפנסיוני והגוף המוסדי. אני מאשר כי קיבלתי ייעוץ כאמור לגבי הרכישה של המוצר הפנסיוני וכי קיבלתי מבעל הרישיון מסמך בכתב, המפרט את הנימוקים של בעל הרישיון בדבר כדאיות החיסכון שלי באמצעות המוצר הפנסיוני הנרכש. כמו כן נמסר לי כי מעת לעת מוציאה החברה תכניות חדשות וכי ראוי לבדוק ולברר בכל עת בעתיד את המוצר שרכשתי ביחס לאלו שיהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התכנית שרכשתי עשויים להשתנות.

הצהרה בקשר למינוי סוכן ביטוח/משווק פנסיוני/יועץ פנסיוני: סוכן הביטוח/המשווק הפנסיוני/היועץ הפנסיוני הרשום בהצעה זו מתמנה בזה להיות סוכן הביטוח/משווק פנסיוני/יועץ פנסיוני מטעמי ורשאי לקבל כל מידע בקשר עם תכניות הביטוח.

לתשומת לבך, מודגש בזאת, כי על מנת לבצע את הפעולות במועד הקבוע בתנאי הפוליסה, יש להעביר את הבקשות שלהלן ישירות למשרדי החברה לרבות כל המסמכים הנחוצים לביצוע הפעולות, ואלה הפעולות:
בקשה לשינוי מסלול השקעה, בקשה למשיכה, בקשה להוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלתם, בקשה להפקדה חד-פעמית, בקשה לשינוי שיעורי ההפקדה או מרכיבי הפוליסה, בקשה לשינוי מוטב, בקשה לעניין הקטנת הכיסויים הביטוחיים, בקשה לתשלומים בעקבות פטירת המבוטח, בקשה לתשלומים עם תום תקופת הביטוח.

חתימת המועמד לביטוח (העובד)

תאריך

יג. העברת מידע למעביד / ייפוי כוח

הנני מייפה את כוחו של המעביד לבקש ולקבל עבורי בכל עת, מידע הקיים בחברה והנדרש לטיפול בעניינים המפורטים בהצעה זו, לרבות הפוליסות שתירכשנה בעקבות הצעה זו ואני מסכים כי תמסרו למעביד מידע כאמור. ייפוי כח זה, אינו כולל בקשה וקבלת העתק מסמכים רפואיים, לרבות הצהרתי על מצב בריאותי, תוצאות בדיקות רפואיות שנערכו ו/או יערכו לי בנוגע למצבי הבריאותי וכן מידע אודות קביעת מוטב, אלא אם אציין אחרת, בכתב.

חתימת המועמד לביטוח (העובד)

תאריך

יד. הצהרת המשווק הפנסיוני/היועץ הפנסיוני

הריני מצהיר בזאת, כי שאלתי את העובד בין היתר את כל השאלות המופיעות למעלה וקיבלתי מהם את כל הפרטים, המידע והמסמכים הדרושים ובין היתר את הפרטים המפורטים בטופס זה על צרופותיו וכי מסרתי למבוטח מסמך בכתב כקבוע בהסדר התחיקתי.

חתימת המשווק הפנסיוני/היועץ הפנסיוני

תאריך





הצהרת בריאות

טופס מספר **1**

שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר הפוליסה

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

שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' טלפון	מס' סלולרי
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 או 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"מ%, 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 באיידיס (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"/>
7. האם אי פעם נדחתה או נתקבלה בתנאים מיוחדים הצעתך לביטוח חיים או בריאות בחברת ביטוח כלשהי?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. האם אתה מקבל תרופות? נא פרט מטה:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 שאיני 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 ייעצו 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 והחושיים. 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 התרופה	המינון

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

מוסד הרפואי המטפל	שם קופת החולים		שם הסניף	שם הרופא המטפל	כתובת הרופא או הסניף
	מכבי שירותי בריאות	מאחדת			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

הצהרות
אני הח"מ, ומשפחתי אם נכללה 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 רופא החברה והתשובות שתימסרנה על ידי לרופאי החברה תיחשבנה כחלק מהצעת/נו. ידוע לי שהביטוח נכנס לתוקפו, רק לאחר שהחברה הודיעה על תנאי קבלה רגילים, או במקרה והחברה הודיעה על תנאי קבלה 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 שינוי במצב בריאותי, באורח חיי ובעיסוקי. ידוע לי כי הצהרת הבריאות והצהרת המבוטח ונכונותן הן תנאי לחבות המבטח.

תאריך: _____ שם פרטי ושם משפחה: _____ מספר זהות: _____

חתימת המועמד לביטוח: _____

יתור על סודיות רפואית
אני הח"מ, בשמי ובשם ילדי, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאפטרופוס/ית טבעי/ית 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 ל"מגדל חברה לביטוח בע"מ", ו/או ל"מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ", להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש" על מצב בריאותי/נו ו/או על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שהנני/ו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד, והנני/ו משחרר/ים אתכם וכל רופא מרפואיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי/נו ו/או מחלותי/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 לבריאותי/נו.

תאריך: _____ שם פרטי ושם משפחה: _____ מספר זהות: _____

חתימת המועמד לביטוח: _____





הוראה לחיוב - ביטוח חיים, בריאות

טופס מספר 5

שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר הפוליסה

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

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 חשבונות/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 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 על כך תימסר על-ידי/לנו 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 ההרשאה, אם נקבעו.
 4. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
 5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
 6. הבנק רשאי להוציא/לנו 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 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 ★	

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

קיבלנו הוראות מ- [] לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונות/נכס 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 בהתחייבויותיכם 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 ★	

אישור עובד החברה לבדיקת פרטי כרטיס האשראי

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



0111200508080809

עמוד מספר 8 מתוך 8 דפים

טופס הוראה לחיוב חשבון

קוד מסמך: 112