



מספר הפוליסה

## הצעה לביטוח סיעודי "דואגים למחר"

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

שם הסוכן הביטוח	מס' רשיון 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.

### א. פרטי המועמד לביטוח

האם המועמד לביטוח הינו אזרח 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
				ז נ	א ג נ ר נ ז
כתובת מגורים	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' הטלפון	מס' סלולרי
דואר אלקטרוני	מקצוע	עיסוק			

### ב. פרטי המועמדים לביטוח (לכל מועמד תופק פוליסה נפרדת)

מס' תעודת הזהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	המוטבים במות המבוטח או בחייו כשהפך לסיעודי (נא לציין שם מלא ת.ז. וקירבה)
				ז נ	
				ז נ	
				ז נ	
				ז נ	
				ז נ	

### ג. הכיסויים המבוקשים (רשום את סכום הפיצוי, תקופת הפיצוי וההמתנה המבוקשים לכל מבוטח וסמן להוספת כיסויים נוספים).

התוכנית המבוטח	דואגים למחר		דואגים למחר (משלים)	דואגים למחר (משלים)	מזור 24 (מינימום 10,000 ש"ח)	נספחי בריאות	כתבי שרות		שחרור מתשלום פרמיות במקרה של א.כ.ע. הביטוח עד גיל 65, 3 חודשי המתנה, מיועד למבוטח מעל גיל 21	
	תקופת המתנה 60 ימים	תקופת פיצוי	תקופת המתנה 60 חודשים	תקופת פיצוי כל החיים	תקופת המתנה 36 חודשים	תקופת פיצוי כל החיים	תקופת פיצוי חודשי	תקופת פיצוי חודשי		
מבוטח ראשי	<input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים	<input type="checkbox"/> (ש"ח)	<input type="checkbox"/> (ש"ח)	<input type="checkbox"/> (ש"ח)	<input type="checkbox"/> (ש"ח)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים	<input type="checkbox"/> (ש"ח)	<input type="checkbox"/> (ש"ח)	<input type="checkbox"/> (ש"ח)	<input type="checkbox"/> (ש"ח)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילדים	<input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים	<input type="checkbox"/> (ש"ח)	<input type="checkbox"/> (ש"ח)	<input type="checkbox"/> (ש"ח)	<input type="checkbox"/> (ש"ח)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

אינך יכול לרכוש כיסוי עם תקופת המתנה של 60 חודשים אם אין לך כיסוי סיעוד לתקופת פיצוי של 5 שנים לפחות

### כתבי שירות - כיסויים משפחתיים

<input type="checkbox"/> ביקור רופא + מעבדה	<input type="checkbox"/> רפואה משלימה	<input type="checkbox"/> לגוף ולנפש
---	---------------------------------------	-------------------------------------

בהעדר סימון לא יירכש הכיסוי הביטוחי המצויין ליד הכיסוי.

### ד. דואגים למחר משלים לביטוח פרט, קבוצתי של קופ"ח או קבוצתי אחר

רכישת "דואגים למחר משלים" עם תקופת המתנה של 36 חודשים או 60 חודשים, תתאפשר לאחר חתימה על ההצהרה להלן:

1. ידוע לי/לנו כי התנאי המהותי לרכישת הביטוח הוא כי אני/ו מבוטח/ים בכיסוי סיעודי קבוצתי במסגרת קופת החולים, בביטוח קבוצתי אחר, או בביטוח פרט.

- אני מבוטח בביטוח סיעודי פרטי בחברת \_\_\_\_\_ מתאריך \_\_\_\_\_
- אני מבוטח בביטוח סיעודי קבוצתי בקופ"ח \_\_\_\_\_
- הגוף המבטח \_\_\_\_\_ מתאריך \_\_\_\_\_
- אני מבוטח בביטוח סיעודי קבוצתי במסגרת ארגון \_\_\_\_\_
- הגוף המבטח \_\_\_\_\_ מתאריך \_\_\_\_\_

2. ידוע לי/לנו כי הביטוח הסיעודי - דואגים למחר - משלים, משמש כרובד משלים לכיסוי סיעודי, פרטי, קבוצתי במסגרת קופת החולים או קבוצתי אחר, כפי שצייתי בסעיף 1 לעיל, ולו תקופת המתנה של  36 חודשים /  60 חודשים, בה אין זכאות לתגמול סיעודי על פי תנאי תכנית הביטוח (כלומר, חברת הביטוח תחיל לשלם פיצוי חודשי רק לאחר שהמבוטח היה במצב סיעודי במשך  36 חודשים /  60 חודשים).

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
חתימת המבוטח הראשי      חתימת בן/בת זוג      תאריך

קוד מסמך 115



ה. אופן תשלום ותחילת הביטוח: 12\* - חודשי 04\* - רבע שנתי 02 - חצי שנתי 01 - שנתי (אגביה באמצעות ש.ש. בלבד)

סוג הגביה: \*\*שירות שיקים \*\*כרטיס אשראי ויזה / ישראלרט (\*\* מלא טופס נפרד)

תאריך התחלת הביטוח (שנה, חודש, יום) / 01 / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ תאריך תחילת הביטוח הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח, או מועד תשלום הפרמיה הראשונה, לפי המאוחר מביניהם.

### ו. הצהרת הסוכן ברכישת "דואגים למחר משלים" לביטוח סיעודי פרטי, קבוצתי בקופ"ח או קבוצתי אחר

אני מאשר כי הבהרתי למועמד לביטוח כי רכישת פוליסת "דואגים למחר משלים", מותנית בהיותו מבוטח בביטוח סיעודי בסיסי. כמו-כן הסברתי למועמד לביטוח את מהות הכיסוי הביטוחי של פוליסת "דואגים למחר משלים" כולל התייחסות לתקופת ההמתנה בת 36-ה חודשים (3 שנים) / 60-ה חודשים (5 שנים), בה המבוטח לא יהא זכאי לתגמול הסיעודי על-פי תנאי פוליסה זו. על-פי מה שנמסר לי אישית על-ידי המועמד לביטוח ולמיטב הבנתי, למועמד לביטוח קיים כיסוי ביטוחי הניתן בפוליסת הסיעודי במסגרת ביטוח סיעודי פרטי, קבוצתי בקופ"ח או קבוצתי אחר.

תאריך	מספר הסוכן	שם הסוכן	חתימת הסוכן
-------	------------	----------	-------------

### ז. הצהרות המועמדים לביטוח

אנו הח"מ מבקשים לערך למבוטחים ביטוח בהתאם לתנאי תכנית הביטוח שנבחרה בהצגה 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 הסכמתם 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 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 שיוצין בדף פרטי הביטוח. הפוליסה תכנס לתקפה 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 הבריאות, ויתר הפרטים שנמסרו בהצעה ובשאלון הבריאות, שהיה בהם להשפיע על קבלתי 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 /או במסגרת הצהרת הבריאות, הינם נכונים ומלאים. המועמד לביטוח ובעל הפוליסה מתחייבים, אם יידרשו לכך על ידי החברה, הם יבדקו בדיקה רפואית על ידי רופאי החברה ותשובות שתימסרנה לרופא החברה תיחשבה 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 ויהיו 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 מנתונים שנמסרו לעיל /או שימסרו לחברה לעיל וזאת מיד עם היוודע להם על דבר השינוי.

**הודעה והסכמה לפי חוק הגנת הפרטיות:** בעל הפוליסה, המועמד לביטוח מאשרים, כי המידע הכלול בהצעה זו וכל מידע נוסף שיימסר /או נמסר על ידיהם לחברה, ניתן מרצונם ובהסכמתם המלאה, וישמרו במאגרי מידע של החברה /או הקבוצה /או אצל מי מטעמה /או יישמש את החברה /או חברות מהקבוצה כמאגר דיור ישיר ומטרתו הינה יצירת קשר וטיפול בכל העניינים הקשורים /או הנובעים מכל המוצרים שלהם בחברה ובקבוצה /או הנלווים אליהם, מתן מידע לצורך ניהול וטיפול שוטף בענייניהם, מתן אפשרות לקבוצה להביא לידעתם מידע על מוצרים ושירותים שונים, בין אם מוצרי הקבוצה ובין אם של צדדים שלישיים וכן למטרות עבודה סטטיסטיות. הם מאשרים בזאת לחברה /או לקבוצה /או מי מטעמה לבצע פילוחים במידע לצורך קיום מטרות אלו. בכל מקרה כאמור, אם לא נהיה מעוניינים במידע או פנייה כאמור, נוכל להודיע על כך לקבוצה עם הפניה הראשונה אלינו. "הקבוצה", משמעותה, מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ והחברות והגופים אשר מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ מחזיקה, בכל עת, בו, במישור או בעקיפין ב50%- או יותר מהערך הנקוב של הון המניות המונפק, מזכויות ההצבעה או בזכות למנות את המנכ"ל.

**העברת מידע בקווי תקשורת:** אנו מסכימים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התוכנית /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 המהווים פגיעה בפרטיות וזאת על אף אמצעי אבטחת המידע הסבירים שהחברה נוקטת והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשרים ומסכימים שהחברה ותא רופא מרופאים /או כל עובד רפואי אחר /או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים /או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות במערכת המידע האישי באתר האינטרנט של קבוצת מגדל בדואר רשום.

**הצהרה בדבר מרכיבי התוכנית והתאמתם למבוטח:** החברה מסרה לנו כי תכנית הביטוח המשווקת על ידה מעת לעת, לרבות זו שנרכשה על ידנו, 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 מוציאה החברה תכניות חדשות וכי ראוי לבדוק ולברר בכל עת בעתיד את המוצר שנרכש ביחס לאלו הביטוח מצהיר בזאת, כי הנני הנציג על-פי דין של המועמד לביטוח שהינו ילד וכי אני מוסמך לחתום בשמו וכי חתימתי על

**הצהרה לענין נציג במקרה של ילד:** אנו הח"מ נציג המועמד לביטוח לאלו שיהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התכנית שנרכש עשויים להשתנות. 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 בכל הנוגע להודעות ביטול. כל האמור בטופס זה בלשון זכר אף בלשון נקבה כמשמעו.

תאריך	חתימת המועמד לביטוח	חתימת מועמד שני
-------	---------------------	-----------------

**ייתור על סודיות רפואית:** אני/ו הח"מ, בשמי/נו ובשם ילדי/נו, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאפוסטרופוס/ית טבעי/ת שלהם, נותן/ים בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר /או לעובדיה הרפואיים האחרים /או מוסדותיה הרפואיים /או לסניפיה, וכן, לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון למסור **למגדל חברה לביטוח בע"מ**, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש" על מצב בריאותי/נו /או על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר /או שהנני/ו חולה/ים בה כעת /או שאחלה/נחלה בה בעתיד, והנני/ו משחרר/ים אתכם וכל רופא מרופאים /או כל עובד רפואי אחר /או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים /או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי/נו /או מחלתי/נו כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהייה לי/נו אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי/נו, את עצבנו/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו, וכן הנני/נו מייפה/ים את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי/נו.

תאריך	חתימת המועמד לביטוח	חתימת מועמד שני
-------	---------------------	-----------------

הצעה



## הצהרת בריאות לביטוח סיעודי "דואגים למחר"

הצהרת בריאות זו תחול לחוד על מבטח מבוגר, על בן/בת הזוג ועל כל אחד מהילדים המבוטחים  
הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לגברים ולנשים

פרטי המבוטח: 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 \_\_\_\_\_ תחביבים \_\_\_\_\_

שם המבוטח: \_\_\_\_\_ שם בן/בת הזוג: \_\_\_\_\_

### 1. עישון:

- אינני מעשן ולא עישנתי בעבר  אני מעשן  אינני מעשן ולא עישנתי בעבר
- אני מעשן  אינני מעשן  אינני מעשן ולא עישנתי בעבר
- בעבר עישנתי  אינני מעשן  אינני מעשן ולא עישנתי בעבר
- ומזה \_\_\_\_\_ שנים אינני מעשן  ומזה \_\_\_\_\_ שנים אינני מעשן

בן/בת הזוג:		המבוטח	
כן	לא	כן	לא
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. האם הנך חולה כעת במחלה כלשהיא, מקבלת טיפול רפואי, האם נפצעת בתאונה, או עברת בדיקות ב-3 חודשים אחרונים?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. האם הנך מסוגל לבצע את הפעולות היומיומיות הבאות (לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים או ללכת) ללא עזרה מאדם אחר?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. האם נאמר לך שהנך צפוי להיות נזקק לטיפול סיעודי ב-12 החודשים הקרובים?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. האם הנך סובל/ת או סבלת בעבר מאחת המחלות/הפרעות להלן:			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
א. <b>סרטן, גידול, גוש או ממאירות.</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ב. <b>מחלות העצבים והחושיים</b> כגון שיתוקים, סחרחורות והתעלפויות, אפילפסיה, כאבי ראש כרוניים (מיגרנות), הפרעות תנועה או תחושה, הפרעה בראיה או בשמיעה, אלצהיימר, פרקינסון, דיכאון או מחלות נפשיות.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ג. <b>מחלות דרכי הנשימה והריאה</b> , כגון: אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, יריקת דם, שעול ממושך, אמפיזמה, מחלת קרום הריאה או מחלה אחרת.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ד. <b>מחלות לב וכלי הדם</b> , כגון: התקף לב, אוטם, טרומבוזת, אנגינה פקטוריס, לחץ דם גבוה, אי ספיקת לב, הפרעות קצב הלב, או מחלה אחרת.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ה. <b>מחלות דרכי העיכול</b> , כגון: אולקוס (כיב קיבה או תריסרינון), מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כבד וכיס מרה, חולי או בדיקות הקשורות במחלות צהבת (מסוג HEPATITIS), דם סמוי בצואה או מחלה אחרת.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ו. <b>מחלות כליה ודרכי השתן</b> , כגון: מחלות או זיהומים בדרכי השתן, אבנים בכליות או בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה או מחלה אחרת.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ז. <b>מחלות חילוף חומרים</b> , 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ח. <b>חולי או הדבקות הקשורות באיידס</b> (תסמונת הכשל החיסוני) או האם הנך נושא/ת נוגדנים של איידס.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ט. <b>כאבי גב, מחלות פרקים ועצמות</b> כגון: דלקות פרקים, ראומטיזם, ארטריטיס, כאבי גב או מחלה אחרת.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. במידה והנך רוכש כיסוי עבור ילדיך, האם הנו סובל או סבל בעבר מאחת המחלות המופיעות לעיל?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. האם הנך מקבל תרופות? שם התרופה _____ המינון _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. האם אי פעם נדחתה או נתקבלה בתנאים מיוחדים הצעתך לביטוח חיים או בריאות בחברת ביטוח כלשהי?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### אם התשובה על אחת או יותר מהשאלות 2-7 היא 'כן' נא פרטי:

המחלה או הפרעה או הבדיקה או הפציעה \_\_\_\_\_  
מתי החלה (חודש/שנה) \_\_\_\_\_ מתי הסתיימה (חודש/שנה) \_\_\_\_\_  
האם החלמת? / האם ממציא הבדיקה תקינים? \_\_\_\_\_

אזיה טיפול קיבלת ומתי (חודש/שנה) \_\_\_\_\_ האם היית מאושפז? מתי (חודש/שנה) \_\_\_\_\_  
במידה והסתיימה, האם המחלה/בדיקה חזרה מספר פעמים? \_\_\_\_\_ האם נקבעו לך אחוזי נכות? \_\_\_\_\_

11. מוסד רפואי - קופת חולים:  מכבי  מאוחדת  לאומית  כללית

סניף \_\_\_\_\_ שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ כתובת הרופא או הסניף \_\_\_\_\_

### 12. הצהרות

א. אני/הח"מ משפחתי, אם נכללו בהצעת הביטוח מצהיר/ים בה שכל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. אני מתחייב/ת אם אדרש לכך על ידי החברה, להיבדק בבדיקה רפואית על ידי רופאי החברה והתשובות שתימסרנה על ידי לרופאי החברה תיחשבנה כחלק מהצעת/ינו. 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 כל שינוי במצב בריאותי, באורח חיי ובעיסוקי.

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

חתימת המבוטחים המבוגר מבני הזוג תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה

בן/בת הזוג תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה

קוד מסמך 113



## שאלון החלפה/שינוי בפוליסה – פוליסות לביטוח בריאות

על מנת לברר אם בכוונתך 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 בידך 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 מבטח \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_



## 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 והח"מ \_\_\_\_\_ שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מס' זהות/ח.פ. \_\_\_\_\_  
 כתובת \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

1. נותן/ים לכם בזה הוראה לחיוב חשבון/ינו 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".
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 רשאי/ים לבטל מראש חיוב מסויים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו 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 ההרשמה, אם נקבעו.
  - ד. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
  - ה. 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.
  - ו. הבנק יפעל בהתאם להוראת בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע.
  - ז. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך וידיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
  - ח. 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/הן.**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ תאריך  
 חתימת בעל החשבון \_\_\_\_\_

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

קיבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_ לכתב חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעות מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/נב בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ופעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת: כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע: כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב ע"י בעל/י החשבון או כל עוד לא הוצא/י בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יגוע בהתחייבותכם 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 וחותמת הסניף: \_\_\_\_\_

## תשלום בכרטיס אשראי בהוראת קבע

אני מר/גב' \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

בעל כרטיס אשראי מסוג ויזה/ישראכרט (מחק את המיותר) 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 שיופק 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 \_\_\_\_\_ בתאריך: \_\_\_\_\_ חתימת הבודק \_\_\_\_\_

**קוד מסמך 112**