



תאריך מבוקש להתחלת הביטוח			
שנה	חודש	יום	מועד התחלת הביטוח המבוקש יכול להיות מועד מילוי ההצעה או ה-1 לחודש העוקב בלבד.
לתשומת ליבך, תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה. הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת תקופת הביטוח.			

מספר הסכום	מספר הסוכן	מספר פוליסה
שם המפקח		שם הסוכן

הצעה להוספת נספחים וכתבי שירות לפוליסה קיימת

טופס מספר 124

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

א. פרטי המועמדים לביטוח										
השאלה	מועמד ראשי		בן/בת זוג							
	כן	לא	כן	לא						
האם המועמד לביטוח הוא אזרח ישראל?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
האם בתקופה של 12 החודשים שקדמו לתאריך הצעה זו, המועמד לביטוח התגורר בישראל לפחות 180 ימים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
מבטוח	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	גובה (ס"מ)	משקל (ק"ג)	עיסוק	ילדים	
ראשי					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>					
בן/בת זוג					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>					
ילד 1					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>				לילדים עד גיל 17	
2					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>					
3					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>					
4					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>					
פרטי הנציג* וכתובתו	יישוב	(כתובת מגורים) רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד	מס' טלפון			
			דואר אלקטרוני			מס' טלפון נייד				
<input type="checkbox"/> אני מסכים/אני לא מסכים: לקבל את הפוליסה ומיידעים בקשר אליה, כולל הודעות על חידוש והודעות בקשר לניהולה השוטף באמצעות דוא"ל.										

ג. אופן התשלום והגבייה		ב. התכנית המבוקשת					
הוראה לחיוב: אבקש לגבות את הפרמיה על-פי אמצעי התשלום בפוליסה מספר: _____ ובתנאי שאני המשלם. אם לא יש למלא טופס (מס' 5) הוראה לחיוב חשבון או כרטיס אשראי.		נספחים וכתבי שירות			בכפוף למילוי הצהרת בריאות		התכנית מבטוח
		יינוץ אונליין	משלימה	אבחון מהיר וליווי רפואי	יינוץ ובדיקות אבחנתיות - אמבולטורי	השתלות	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ראשי
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בן/בת זוג
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ילדים

ד. הצהרות (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי) - בהסכמתך לעריכת הביטוח הנך מצהיר, מתחייב ומסכים, להצהרות שלהלן:

- כל התשובות והמידע שמסרת ותמסור בהצעה ובהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, וישמשו בסיס לעריכת הביטוח ויהיו חלק מהפוליסה.
- לאחר בירור צרכי המועמדים לביטוח נמצאה התוכנית המבוקשת מתאימה.
- אני/אנו מסכים/ים כי המידע אודותי/ינו/ינו ישמש את החברה ו/או חברות מ"קבוצת מגדל" ו/או מטעמן, לצורך עדכון בדיוור ישיר אודות כסויים ביטוחיים ומוצרים או שירותים פיננסיים ואחרים ולפניהם בהצעה לרכישתם.
- למגדל רשות לדחות את ההצעה או לקבלה בהתאם לסיכון הביטוחי, להוראות הדין והפוליסה. ככל שתתקבל לביטוח, הוא יכנס לתוקף במועד המפורט בדף פרטי הביטוח.
- זינו לי שניתן לבטל את תוכניות הביטוח או כל אחת מהן בכל עת בכפוף להודעה בכתב לחברה. בקשה לשינוי או לביטול הפוליסה, צריכה להיות מועברת למגדל בכתב בלבד. החברה לא יכולה להתנות ביטול תוכנית אחת באחרת, אלא במקרה של ביטול תוכניות/נוספות/נוספתות המצורפות כנספח לתוכנית יסודית שבוטלה או במקרה של ביטול כל התוכניות היסודיות.
- לרוכשים השתלות ו/או תרופות, ביטול תכנית יסודית אחת עשויה לגרום לביטול הנחה שניתנה בתכנית/ות יסודית/ות אחרת.
- תקופת הביטוח הינה כנקוב בדף פרטי הביטוח. חידוש הפוליסה ביום 1.6.2018 ובכל שנתיים לאחר מכן, יעשה, בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, באותם תנאים או בתנאים שונים, ובפרמיה שתקבע ע"י החברה במועד החידוש.
- פוליסה/ות קיימת/ות בביטוח רלוונטי:

ראשי		בן/בת זוג		ילדים	
כן	לא	כן	לא	כן	לא
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

א. האם יש בידך פוליסה קיימת בביטוח רלוונטי לתכנית/ות המבוקשת/ות? אם התשובה לשאלה אי היא "כן"

ב. האם בכוונתך לבטל או להקטין את היקף הכיסוי בפוליסה/ות הקיימת/ות? אם התשובה לשאלה בי היא "כן"

ג. האם ברצונך לשלוח בקשה לביטול הפוליסה הקיימת באמצעות מגדל או סוכן הביטוח? לא כן, במקרה זה יש לצרף לטופס ההצעה טופס ביטול (מס' 305) חתום.

חתימת מועמד ראשי/ נציג של ילדים עד גיל 18 ★

חתימת בן/בת זוג ★

תאריך

ה. הצהרות הסוכן, אני מאשר כי:

- אני מאשר כי שאלתי את החותמים הנ"ל את כל השאלות בטופס הצעה זה, התשובות הן כפי שנמסרו לי על-ידים ולאחר שהצגתי בפניהם את טופס גילוי נאות הם חתמו לעיל.
- במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמדים לביטוח והצגתי לולאהם ביטוח התואם את צרכיהם.
- למיטב הבנתי כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף: כן לא. תאריך

חתימת הסוכן ★



014941240102010916

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מבוטח ראשי

ו. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול לחוד על מבוטח (מבוגר), על בן/בת זוג ועל כל אחד מן הילדים המבוטחים

מועמד ראשי	בן/בת זוג	סמן כן / לא - פרט אם יש צורך.								
		שם ילד 1		שם ילד 2		שם ילד 3		שם ילד 4		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)										
אורח חיים ורקע רפואי										
1										האם הנך מעשן או עישנת ב-3 השנים האחרונות? אם כן ציין מס' סיגריות שמעשן / עישנת ביום
2										האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום? (22)
3										האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר? (22)
1										האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע או נמצא כעת במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית? (21)
2										האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת או עברת ניתוח ו/או יעצו לך לעבור ניתוח? (3)
3										האם ב-5 השנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית לרבות בדיקת הדמיה ו/או בדיקה פולשנית ונמצא בה ממצא שהצריך ברוח/מעקב רפואי או הנך נמצאת כיום במהלך של בדיקות רפואיות אלו שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית בניגון? אם כן, אנא פרט וצרך את תוצאות הבדיקות.
4										האם נקבעה לך נכות ו/או הינך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות? (23)
5										האם נכח שידוע לך, קיימת מחלה ו/או בעיה רפואית אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה מתחת לגיל 50, הקשורים ללב, סרטן, כליות, סוכרת, מערכת העצבים? (20)
פירוט המחלות לפי מערכות - האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חייהם מומים/מחלות/הפרעות באחת או יותר מהמערכות הבאות?										
1										מערכת עצבים, המוח, ו/או הפרעות התפתחותיות: לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי, גידול מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, רעד, פרקינסון, שיתוק, פוליו, בעיות בהתפתחות ו/או גדילה, ASPERGER, אוטיזם, קשב וריכוז, סחרחורות והתעלפויות. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות? (4)
2										נפש: לרבות דיכאון (13), חרדות, תסמונת פוסט טראומטית, או אובחנת כחולה במחלת נפש?
3										מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני? (24)
4										מערכת ריאות ודרכי נשימה (1): לרבות אסטמה, ו/או ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת.
5										מערכת הראייה (11): לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 7, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אבאיטיס, קרטקנוס.
6										מערכת אף אוזן גרון: לרבות פגיעה בשמיעה (12), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טינטון, סינוסיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול.
7										מערכת הלב/לחץ דם (2), כלי דם (14): לרבות יתר לחץ דם, כאבים בחזה, התקף לב, אי ספיקת לב, חום מולד, הפרעות קצב, איוושה, פגיעה במסתמים, טרומבוזת, תסחיף ריאתי, מפרצת אאורטה, ורידים מורחבים, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים, ו/או עברת צנתור?
8										בקע ומערכת העיכול (6): לרבות בקע/שבר/הרניה מכל סוג שהוא, ריפלוקס (החורז וושיט), קרוהן, קוליטיס, רקטוצולה, הפטיטיס/צהבת, כבד מוגדלו, שומני, שחמת(צירוזיס), אבנים בדרכי המרה ו/או כיס מרה, דלקת בלבלב.
9										מערכת כליות ודרכי שתן (15): לרבות אי ספיקת כליות, כליה פולציסטית, מום בכליה או מום אחר, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, דליפת שתן, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית (16).
10										מחלה מטבולית, הורמונאלית (אנדוקרינולוגיה): לרבות סוכרת (7), שומנים בדם (9), שיגרון (גאוט), גושה, FMF (18), בלוטת התריס/המגן (8), יתרת המגן/ התריס, יתרת המח (פרולקטינומה/ פרולקטינימה), הפרעות גדילה, הזעת יתר.
11										מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות: לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת הדם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון, איידס/ נשאות, מחלת חום ממושכת (מעל 3 חודשים) (25)
12										מערכת השלד, השרירים, מפרקים (19) מחלות מפרקים (17) בעיות ברכיים: לרבות שבר, פריקה, פגיעה בניידים/ רצועות, כאבי גב (5), בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן, פרטס, מחלת מפרקים יוונית, דלקת מפרקים שגרונית, לופוס, פיברומיאלגיה, תסמונת התשישות הכרונית, סקלרודרמה.
13										מערכת עור ומין: לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/ קונדילומה (26)
14										מערכת הרבייה לנשים ולגברים (27): נשים: בעיות גניקולוגיות ו/או פרויון, הפלות חוזרות, הגדלה או הקטנה של השדיים, ניתוחים קיסריים בעבר ו/או נמצאת כיום בהריון. גברים: הגדלה של בלוטת הערמונית ו/או בעיות בפריון.
15										לסיעוד: האם הינך מקבל ו/או קיבלת גמלת סיעוד מביטוח לאומי או מוסד אחר, ו/או הינך סובל מנפילות חוזרות, או מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות, להתרחץ, להתגלח, להתלבש, להתפשט, לקום, לשכב, לשלוט על סוגרים נידות או הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם בביצוע פעולות אלו. (למעט לד - אם המוגבלות הינה טבעית לאור גילו). אנא פרט וצרך מסמכים.

ז. ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, נותן רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, מרפאות בריאות הנפש, למוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לקרנות הפנסיה, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, מנהל האוכלוסין ומשרד הפנים, למסור למגדל חברת הביטוח בע"מ ו/או למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתירשש על ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותכם והקשורים למצבי הרפואי. אני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כאמור, ולא תהינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהוא כלפי כל המוסר מידע כאמור. כן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי תכניות הביטוח. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזובני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. בקשה זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמא-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל הגופים הנזכרים לעיל.

חתימת חתמת חתמת חתמת בן/בת זוג * סוכן *	חתימת מועמד ראשי נציג המועמד לביטוח *	תאריך
מספר סוכן	שם סוכן	עד לחתימה

תק"ט 492303050