



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 הסכם	מספר הסוכן	מספר פוליסה
שם הסוכן		שם המפקח

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

הצעה לביטוח מחלות קשות, השתלות ותרופות

השימוש בטופס זה הינו לזמן מוגבל בלבד, כפי שיקבע ע"י החברה

טופס מספר 243

א. פרטי המועמדים לביטוח									
השאלה	מועמד ראשי		בן/בת זוג		שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	עיסוק
	לא	כן	לא	כן					
האם המועמד לביטוח הוא אזרח ישראלי?	<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							
	ראשי								
	בן/בת זוג								
	ילד 1								
	2								
	3								
	4								
* חובה למלא רק במקרה בו הנציג אינו מועמד לביטוח. בכל מקרה שלא נרשמו פרטי הנציג, ישמש המועמד הראשי כנציג לקבלה או מתן הודעות בפוליסה.									
** יש להקריא למועמד: הנציג הינו שלוח של המועמדים לצורך קבלה או מתן הודעות.									
	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 / <input type="checkbox"/> אני לא מסכים: לקבל את הפוליסה ומיידעים בקשר אליה, כולל הודעות על חידוש והודעות בקשר לניהולה השוטף באמצעות דוא"ל:									

מוטבים - היורשים על פי הדין, אלא אם מולאו שמות מוטבים/מטה או נמסרו בהודעה נפרדת לחברה. בעת מילוי 2 מוטבים יחולקו האחוזים בשווה - 50% לכל מוטב.					
מועמד	מוטב 1		מוטב 2		קרבה
	שם מלא	מספר זהות	שם מלא	מספר זהות	
ראשי					
בן/בת זוג					
ילדים					

פרטים נוספים						
מועמד	מצב משפחתי	שם קופת חולים				שב"ן (ביטוח משלים) מסוג
		מכבי	כללית	מאוחדת	לאומית	
ראשי	ג <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
בן/בת זוג	ג <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ילדים		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

אופן תשלום דמי הביטוח	
מועדי תשלום דמי הביטוח:	
<input type="checkbox"/> חודשי * <input type="checkbox"/> רבע שנתי <input type="checkbox"/> חצי שנתי <input type="checkbox"/> שנתי	
* באמצעות כרטיס אשראי או הוראת קבע עפ"י טופס 599.	

ג. הוצאות רפואיות (2)						ב. תכניות הביטוח המבוקשות					
לילד	משלימה	פסיכולוגי	אבחון מהיר וליוי רפואי	נספחים		התכנית מבטוח	אשפוז מתאונה (1) סכום ליום בש"ח ימי המתנה 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	תרופות	השתלות	מזור מורחב - עד 250,000 ש"ח	התכנית מבטוח
				בדיקות אבחנתיות והריון	בסיסי						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ראשי	ש"ח	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ש"ח	ראשי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בן/בת זוג	ש"ח	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ש"ח	בן/בת זוג
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ילדים	ש"ח	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ש"ח	ילדים

הערות:

- (1) ניתן לרכוש פיצוי עד 1000 ש"ח. ברכישת פיצוי יומי עד 500 ש"ח, אין צורך למלא הצהרת בריאות. תכנית זו תימכר בפוליסה נפרדת.
 (2) יש לרכוש למועמד מזור מורחב, השתלות או תרופות במקרה בו מבקשים לרכוש אחד או יותר מהנספחים ו/או כתבי השירות.



014942430103100516

עמוד מספר 1 מתוך 3 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך 494 / 113

10/05/2016



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מבוטח ראשי

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

שם ילד 4	שם ילד 3		שם ילד 2		שם ילד 1		סמן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)	בן/בת זוג		מועמד ראשי	
	לא	כן	לא	כן	לא	כן		לא	כן		לא
							רקע רפואי ואורח חיים				
							גובה בס"מ לילדים מגיל 10 בלבד				
							משקל בק"ג				
							האם ב- 5 השנים האחרונות: א. עברת בדיקה רפואית אבחנתית לרבות בדיקת הדמיה ו/או בדיקה פולשנית ונמצא בה ממצא שהצריך ברור/מעקב רפואי ו/או הינך נמצאת/ת כיום במהלך של בדיקות רפואיות אלו שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית בנינך? ב. הנך נוטלת/ת או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע או הינך נמצאת/ת כעת במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית? [2] ג. נפצעת מתאונה [10] או אושפזת בבית חולים כתוצאה ממחלה או תאונה? [3]				
							האם את/ה מעשן/ת או עישנת במהלך 3 השנים האחרונות?				
האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחת או יותר מהמערכות / נושאים הבאים:											
							מחלות לב, מחלות דם [2] ו/או מחלות בכלי הדם [14]				
							איספיקת כליות או מחלות כליה אחרות או מחלות בדרכי השתן [15] [16]				
							מחלות ריאה ודרכי הנשימה [1]				
							דרכי עיכול, מחלות כבד [6], צהבת				
							סוכרת [7]				
							איידס ו/או נשאות HIV, זאבת?				
							מערכת החושים: הפרעות בראייה (עדשה 8 ומעלה) [10] או חרשות [12]				
							מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני? [24]				
							מחלות העצבים, מוח לרבות אפילפסיה [4], פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוק, פוליו, פיגור שכלי, תסמונת דאון, אוטיזם, מחלה ניוונית או עברת בעבר אירוע מוחי (CVA, TIA)?				
							האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות?				

הערות:

ה. 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 ויהוו חלק מהפוליסה.
- לאחר בירור צרכי המועמדים לביטוח נמצאה התוכנית המבוקשת מתאימה.
- אני מסכים כי המידע אודותי ישמש את החברה ו/או חברות מ"קבוצת מגדל" ו/או מטעמן, לצורך עדכוני בדיוור ישיר אודות כיוונים ביטוחיים ומוצרים או שירותים פיננסיים ואחרים ולפנייה בהצעה לרכישתם.
- למגדל רשות לדחות את ההצעה או לקבלה בהתאם לסיכון הביטוחי, להוראות הדין והפוליסה. ככל שתתקבל לביטוח, הוא ייכנס לתוקף במועד המפורט בדף פירטי הביטוח.
- ידוע לי שניתן לבטל את תוכנית/יות 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/ות המצורפות נוספת/ות 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.
- לתוכניות מסוג הוצאות רפואיות ומחלות קשות: 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.

8. **החלפה/שינוי פוליסה:** האם יש בידך פוליסות בריאות בתוקף? כן לא.

אם התשובה היא "כן", כחלק מרכישת פוליסה זו, האם פוליסה/ות לביטוח בריאות לרבות נספחים שברשותך:

ראשי	בן/בת זוג		ילדים
	לא	כן	
א. עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא, יסולקו באופן חלקי או מלא, יסתיימו בכל דרך אחרת?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ב. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, בסכומי הביטוח או בפרמיה?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

תשובה חיובית לסעיף א' ו/או ב' מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השווה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

	תחמת מועמד ראשי/ נציג של ילדים עד גיל 18 ★		תחמת בן/בת זוג ★
--	--	--	------------------

ו. 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 תמכו לעיל בפניי.
- במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמדים לביטוח והצגתי לזו/להם ביטוח התואם את צרכיהם.
- למיטב הבנתי כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף: כן לא.

	תחמת הסוכן ★		תאריך
--	--------------	--	-------



014942430203100516



טופס הוראת תשלום דמי הביטוח

טופס מספר 599

יש לבחור באחד מאמצעי הגבייה שלהלן:

תשלום בכרטיס אשראי / באמצעי גבייה בפוליסה קיימת

למבוטח מגדל בלבד: אבקש לגבות את הפרמיה עפ"י אמצעי תשלום בפוליסה מס' _____ ובתנאי שאני המשלם.

כרטיס אשראי - (בחר את סוג הכרטיס המתאים): ויזה ישראלכרט דינרס אמריקן אקספרס לאומי קארד

מספר הכרטיס	שם בעל הכרטיס	תוקף הכרטיס	מספר זהות בעל הכרטיס

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסות 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 חייבים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי. אני 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 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.**

אם המשלם אינו מועמד לביטוח יש לפרט את מהות הקשר בינו לבין המועמדים לביטוח _____.

תאריך _____

חתימת בעל/י החשבון ★

תשלום בהוראת קבע

שם הבנק	מספר סניף	מספר בנק	יישוב	כתובת הסניף (רחוב)	מספר בית	ת"ד	מיקוד
מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מוסד	מספר פוליסה / תכנית				
		00602					
<input checked="" type="checkbox"/> הרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות		<input type="checkbox"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות:					
<input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב ש"ח		<input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום _____					
<input type="checkbox"/> (אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח הם יחזרו ע"י הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך)							
לתשומת לבכם - אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות							

אני/הח"מ (בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק):

מספר זהות / ח"פ	שם משפחה / שם חברה	שם פרטי	יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מספר בית	ת"ד	מיקוד

- נותנים לכם בזה הוראה להקים בחשבונינו הנ"ל הרשאה לחיוב חשבונינו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוטב, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
- כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:
 - על/ינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים לחילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.
 - הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מתנו בכתב לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
 - אחיה/נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידי/נו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
 - אחיה/נהיה רשאים לדרוש מהבנק בהודעה בכתב לבטל חיוב אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
 - הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
 - הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 - הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 - הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
 - אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ ע"פ תנאי הפוליסה/ות / התכנית/ות ותוספותיה/ן.

תאריך _____

חתימת בעל/י החשבון ★

אישור הבנק לכבוד **מגדל חברה לביטוח בע"מ** ת.ד. 3063 פ"ת מיקוד 4951106

קיבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבונו/נכם 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 ואו אחרת לביצוע, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפיו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידיכם.

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד מוסד	מספר פוליסה / תכנית
			00602	

תאריך _____

חתימת וחותמת הסניף ★

בנק וסניף _____



011125990303100516