



טוב שיש מגדל מאחוריך
מגדל חברה לביטוח בע"מ

תאריך מבוקש להתחלת הביטוח (תאריך זה אינו מחייב את החברה)		
שנה	חודש	יום

מועד התחלת הביטוח המבוקש יכול להיות מועד מילוי ההצעה או ה-1 לחודש העוקב בלבד. הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת תקופת הביטוח.

שם הסוכן	מספר הסוכן
שם המפקח	מספר פוליסה

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

הצעה לביטוח בריאות וסיעוד

טופס מספר 170

יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות.

א. פרטי המועמדים לביטוח

השאלה	מועמד ראשי		בן/בת זוג				
	כן	לא	כן	לא			
האם המועמד לביטוח הוא אזרחי ישראל?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
האם בתקופה שקדמה ל-12 החודשים מתאריך הצעה זו, המועמד לביטוח התגורר בישראל לפחות 180 ימים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	עיסוק	המועמד הראשי	
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ			
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		בן/בת זוג	
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		ילד 1	
						ילדים עד גיל 17	
						2	
						3	
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		4	
כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני

מוטבים - הירושים על פי הדין, אלא אם מולאו שמות מוטבים מטה או נמסרו בהודעה נפרדת לחברה.

מועמד	מוטב 1		מוטב 2	
	שם מלא	מספר זהות	שם מלא	מספר זהות
ראשי				
בן/בת זוג				
ילדים עד גיל 17				

* בעת מילוי 2 מוטבים יחולקו האחוזים בשווה - 50% למוטב אלא אם צויין אחרת.

פרטים נוספים

מועמד	מצב משפחתי	שם קופת חולים				שב"ן (ביטוח משלים) מסוג	האם יש ברשותך ביטוח סיעודי
		מכבי	כללית	מאוחדת	לאומית		
ראשי	<input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרטי*
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרטי*
ילדים עד גיל 17							<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרטי*
							<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרטי*
							<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרטי*
							<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרטי*

* חובה למלא רק בהצעה לביטוח סיעודי. יש לפרט האם הביטוח הסיעודי הוא במסגרת קופת חולים, פוליסה פרטית או פוליסה קבוצתית.

ב. פרטי הנציג של המועמד/ים לביטוח

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מספר טלפון
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	יישוב	מיקוד	כתובת דואר אלקטרוני
					מספר טלפון נייד

* יש למלא רק במקרה בו הנציג אינו מועמד לביטוח. בכל מקרה שלא נרשמו פרטי הנציג, ישמש המועמד הראשי כנציג לקבלה או מתן הודעות בפוליסה.



0111517001040114

עמוד מספר 1 מתוך 4 דפים

קוד מסמך 115

מק"ט 522110057 (1.2014)

מגדל בריאות



טוב שיש מגדל מאחוריך
מגדל חברה לביטוח בע"מ

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

ג. התכניות הביטוחיות המבוקשות (סמן X להוספת התכניות המבוקשות עבור כל המועמדים לביטוח. בהעדר סימון לא תרכש תכנית)

• בכיסוי שלווה: 1. הביטוח עד גיל 65 בפרמיה משתנה, 3 חודשי המתנה. 2. בעת תביעה, לא ניתן להוסיף כיסויים ו/או מועמדים לפוליסה בגינה נרכש השחרור.

[2] ריסק		[1] בריאות								
שחרור מתשלום פרמיה	אור 1 גיל סיום 70 (סכום בש"ח)	שלוה שחרור מתשלום פרמיה למוצרי למועמד הראשי**	מגדל מזור 31 מגיל 70 ישולם פיצוי בגובה 50% מסכום הפיצוי הנקוב (סכום בש"ח)	מגדל בריאות פרטית					התכנית מועמד	
				לילד בפרמיה קבועה	עולמי +	עולמי	משלים שב"ח*	פרטית +		פרטית
				עולמי	פרטית					ראשי
										בן/בת זוג
										ילדים

* התכנית מתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תכנית השב"ח לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל.
** ניתן לרכוש רק במקרה בו המבוטח הראשי הינו המשלם והניצוי. השחרור יחול על כל התכניות המבוקשות, למעט סיעוד.

[3] סיעוד								
מגדל סיעוד				מגדל דואגים למחר				התכנית מועמד
מגדל סיעוד +*		מגדל סיעוד		מגדל דואגים למחר +*		מגדל דואגים למחר		
מסלול משלים**		תקופת המתנה 90 ימים		מסלול משלים**		תקופת המתנה 45 ימים		
תקופת המתנה 60 חודשים	תקופת המתנה 36 חודשים	סכום פיצוי חודשי בש"ח	תקופת פיצוי בשנים	תקופת המתנה 60 חודשים	תקופת המתנה 36 חודשים	סכום פיצוי חודשי בש"ח	תקופת פיצוי בשנים	
			8 □ 5 □				8 □ 5 □	
			8 □ 5 □				8 □ 5 □	
			8 □ 5 □				8 □ 5 □	

* סכום הפיצוי במגדל דואגים למחר / מגדל סיעוד + הינו סכום הפיצוי בבית. במוסד ישולם סכום כפול.
** מסלול משלים - ניתן לרכוש רק אם יש ברשות המועמד לביטוח כיסוי סיעודי לתקופת פיצוי של 60/36 חודשים. תקופת הפיצוי הינה לכל החיים.

[4] תאונות אישיות - דואגים למשפחה											
נספחים**		ביטול חריג דוגלגלי (מעל גיל 21)		הנספח מועמד	מגדל דואגים למשפחה בדרכים*		מגדל דואגים למשפחה מורחב*				התכנית הסכום המירבי בש"ח למועמד מבוגר**
רפואיות	ביטול ספורט אחר	מעל 250 סמ"ק	עד 250 סמ"ק		כפולה □	בסיסית □	פלטינום □	זהב □	כסף □	ארד □	
				ראשי	200,000	100,000	350,000	200,000	150,000	100,000	מוות מתאונה
				בן/בת זוג	200,000	100,000	350,000	200,000	150,000	100,000	נכות צמיתה מתאונה
				ילדים	40,000	20,000	60,000	40,000	20,000	15,000	שברים מתאונה
					40,000	20,000	60,000	40,000	20,000	15,000	כוויות מתאונה
					500	250	750	450	300	150	פיצוי בגין ימי אישפוז מתאונה
					40,000	20,000	65,000	40,000	25,000	20,000	סיעוד מתאונה

[5] נספחים וכתבי שירות														
סיעוד בלבד			נכות תעסוקתית מתאונה (מגיל 21)			שירותים רפואיים						התכנית מועמד		
בטוח איתך	תרופות	השתלות	תקופת המתנה בימים	תקופת פיצוי בחודשים	פיצוי חודשי בש"ח	שירות תרופות פרטי	מומחה מלווה	ייעוץ פסיכולוגי	מחלפי ניתוח*	ביקור רופא + מעבדה	לילד		רפואה משלימה	אמבולטור
			30 □ 14 □ 7 □	**36 □ 18 □										ראשי
			30 □ 14 □ 7 □	**36 □ 18 □										בן/בת זוג
														ילדים

* למגדל בריאות פרטית + ; ** מסלול זה ניתן רק למבוטחים שמצטרפים עד גיל 54

ד. אופן התשלום והגבייה

אופן התשלום: חודשי □ אופן הגבייה: למבוטח מגדל בלבד: אבקש לגבות את הפרמיה על-פי אמצעי התשלום בפוליסה מס' _____ ובתנאי שאני המשלם. □ הוראת קבע - במקרה שאין תשלום בפוליסה קיימת בחברה, יש למלא טופס נפרד. □ כרטיס אשראי - (בחר את סוג הכרטיס המתאים): □ ישראלר □ אמריקן אקספרס □ ויזה □ דינרס □ לאומי קארד □			
מספר כרטיס	תוקף כרטיס	שם בעל 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 חובים 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 שיונפק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר. ידוע לי כי ביצוע הסדר תשלום 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/החשבון ★
---	-------------	--------------------



0111517002040114

תק"ט 522110057 (1.2014)

מגדל בריאות

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

ה. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול על מועמד (מבוגר), בן/בת זוג ועל כל אחד מן הילדים המועמדים

מועמד ראשי	בן/בת זוג
<input type="checkbox"/> איני מעשן ולא עישנתי בעבר <input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום החל מתאריך (שנה/חודש) <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר עד שנת (שנה/חודש) _____	<input type="checkbox"/> איני מעשן ולא עישנתי בעבר <input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום החל מתאריך (שנה/חודש) <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר עד שנת (שנה/חודש) _____

מועמד ראשי	בן/בת זוג	סמן כן / לא - פרט אם יש צורך, אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)	שם ילד 1	שם ילד 2	שם ילד 3	שם ילד 4
		גובה בס"מ _____ משקל בק"ג _____ לילדים מגיל 10 בלבד				

מועמד ראשי	בן/בת זוג	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן

שאלות על מחלות ו/או על בעיות רפואיות ו/או על מומים

1.	האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי, מקבל טיפול רפואי, האם נפצעת בעבר בתאונה [10] או עברת בדיקות ב-3 החודשים האחרונים? אם כן, נא פרט בהערות וצרך מכתב מרופא מטפל.								
2.	האם ייעצו לך לעבור ניתוח או אושפזת בבית חולים ב-10 השנים האחרונות או האם עברת אי פעם ניתוח? [3]								
3.	האם נעדרת מעבודתך/לימודים עקב מחלה למעלה מחודש ו/או לא היית מסוגל לעבוד ב-12 החודשים האחרונים לפני מילוי הצהרה זו?								
האם אתה סובל או סבלת בעבר מאחת המחלות/הבעיות הרפואיות/או המומים המפורטים להלן:									
4.	א. סרטן, גידול, גוש או ממאירות. יש לצרף דוח היסטולוגי ומכתב מרופא מומחה. ב. עצבים והחושיים, כגון: שיתוקים, סחרחורות והתעלפויות, אפילפסיה [4], כאבי ראש כרוניים (מיגרנות), הפרעות תנועה או תחושה, הפרעה בראייה (יש לציין הרכבת משקפיים רק כאשר העדשה/ות הן ממספר 8 ומעלה) [11] או בשמיעה [12], דיכאון או מחלות נפשיות [13]. ג. דרכי הנשימה והריאה [1], כגון: אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, יריקת דם, שיעול ממושך, אמפיזמה, מחלת קרום הריאה או מחלה אחרת. ד. לב [2] וכלי הדם [14], כגון: התקף לב, אוטם, טרומבוז, אנגינה פקטוריס, לחץ דם גבוה, אי ספיקת לב, הפרעות קצב הלב או מחלה אחרת. ה. דרכי עיכול [6], כגון: אולקוס (כיב קיבה או תריסרון), מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כבד וכיס מרה, חולי או בדיקות הקשורות במחלת הצהבת (מסוג HEPATITIS), דם סמוי בצואה או מחלה אחרת. ו. כליה [18] ודרכי השתן [15], כגון: מחלות או זיהומים בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה [16] או מחלה אחרת. ז. חילוף חומרים, כגון: סוכרת [7], מחלות בלוטות, מחלות בלוטת המגן [8], כולסטרול ושומנים גבוהים בדם [9], המופיליה או הפרעות אחרות הקשורות בדם. ח. מין, עור, עגבת, כגון: עגבת, פצע שאינו מתרפא, שינויים בגודל וצורה של נקודות חן, יבלת, מלנומה או סרטן עור. ט. חולי או הדבקות הקשורות באיידס (תסמונת הכשל החיסוני) או האם אתה נושא/ת נגדנים של איידס. י. כאבי גב [5], מחלות פרקים ועצמות [17] [19], כגון: דלקות פרקים, ראומטיזם, ארטריטיס, כאבי גב או מחלה אחרת. יא. מום מולד, שיתוק, פיגור שכלי, תסמונת דאון, אוטיזם, ניוון שרירים.								
5.	האם אחד מקרוביך (אב/אם/אח/בת) חלה או חולה בסרטן או במחלה נירולוגית (כגון: אלצהיימר, טרשת נפוצה, פרקינסון) מתחת לגיל 25? [20]								
6.	האם אתה מקבל תרופות? [21]								
7.	האם אי פעם נדחתה או נתקבלה בתנאים מיוחדים הצעתך לביטוח חיים או בריאות או סיעוד בחברת ביטוח כלשהי?								
8.	האם אתה מוגבל ו/או נעזר באדם אחר בביצוע הפעולות היומיומיות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים או ללכת? (למעט ילד - אם המוגבלות הינה טבעית עקב גיל).								
9.	האם נאמר לך שהנך צפוי להיות נזקק לטיפול סיעודי ב-12 החודשים הקרובים ו/או שהנך מקבל גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי או ממוסד אחר?								
10.	האם נקבעה לך נכות קיימת (זמנית או קבועה) ו/או שאתה נמצא בתהליך לקבלת הכרה בנכות ממוסד כלשהו?								

הערות:

ו. 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, למוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לקרנות הפנסיה, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית למסור למגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או למגדל מקיפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש 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 מוטרט מידע כאמור. כן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניי 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 שיובא במקומי. בקשה זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל הגופים הנזכרים לעיל.

חתימת מועמד ראשי / נציג המועמד לביטוח ★
 חתימת בן/בת זוג ★

מק"ט 522110057 (1.2014)

מגדל בריאות

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

ז. הצהרות (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי)

- אני הח"מ מבקש לבטח אותי בהתאם לתנאי תכנית/ות הביטוח שנבחרה/ו בהצגה זו לאחר שמצאתי אותה/ן מתאימה/ות לצרכי ובהסתמך על כל האמור בהצגה זו אני מצהיר ומתחייב כלהלן:
- כל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות.
 - קבלה לביטוח: ידוע לי כי הסכמת החברה 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. במסגרת הליך החיתום, אם אדרש לכך על ידי החברה, אני מתחייב להבדק בדיקה רפואית על ידי רופאי החברה והתשובות שתמסרנה על ידי רופאי החברה תחשבנה כחלק מהצעתי. תאריך התחלת הביטוח יהיו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
 - הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה: ידוע לי, כי התשובות והמידע שמסרתי במסגרת הצעה זו, ישמשו בסיס לחוזה הביטוח המבוקש ויהוו חלק בלתי נפרד הימנו וכן לצורך הוצאת פוליסת, גביית תשלומים בגין, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות.
 - ידוע לי ואני מסכים ומאשר כי הכיסוי בתכנית הביטוח נקבע בהתאם לתנאי הפוליסה המלאים ויכול שהינו כפוף לתקופת אכשרה ו/או לסייג בשל מצב רפואי קודם כהגדרתו בתקנות הפיקוח על עסקי הביטוח (תנאים בחווי ביטוח) והוראות לעניין מצב רפואי קודם התשס"ד - 2004.
 - הליך הצטרפות: ידוע לי כי במקום בו אפשר לצרף חלק מן המועמדים לביטוח ואילו המועמדים האחרים נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה, יתקבלו לביטוח אותם מועמדים שאפשר לקבלם. לגבי יתר המועמדים - מועמדותם לביטוח תבחן רק בהליך החיתום במסגרת מעריכה החברה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים, סטטיסטיים, מידע רפואי או כל מידע אחר ורק עם סיומו תודיע החברה אם קיבלה או לא קיבלה את ההצעה.
- אני מעוניין באפשרות פיצול זו.
- אישור שמירת נתונים אישיים ואמצעי התקשורת עם המועמד לביטוח: בסעיף זה "החברה" משמעה מגדל חברה לביטוח, לחברות וגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ. אני מאשר בזאת שהמידע המבוקש שמסרתי במסגרת הצעה זו נמסר מראשית ובהסכמת. המידע הנתונים שמסרתי וכל עדכון שלהם ישמרו במאגרי המידע של החברה וישמשו לבחינת ההצעה, להוצאת פוליסת, לניהול השוטף של תיק הביטוח ו/או תיק ההשקעות של המוצרים הפיננסים שרכשתי בחברה, למתן שירותים במסגרת פוליסות הביטוח, וכן לצורך יצירת קשר לפניה בהזמנה להציע הצעות לרכישת פוליסות ביטוח, קופות גמל, קרנות פנסיה, קרנות נאמנות ומוצרים פיננסים נוספים, דיוור ישיר, עיבודים סטטיסטיים ופילוח שיווקי. במסגרת זאת החברה רשאית להעביר את המידע המתייחס אלי גם לסוכן ביטוח הביטוח המטפל בפוליסה, אם החברה תארגן את פעילותיה 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 הוראות הודעה זו.
 - אני מסכים כי מידע כאמור ישוגר אלי אף באמצעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר או אמצעי תקשורת אחר. אם לא אהיה מעוניין במידע או בפנייה כאמור מצד החברה, אוכל להודיע על כך לחברה בכל עת.
- אני מעוניין שתשלחו אלי עדכונים ו/או פניות לגבי מוצרים ו/או שירותים קיימים ו/או חדשים.
- היותו של הנציג שלוח של המועמדים: אני/ו מאשר/ים כי הנציג הינו שלוח שלי/נו לכל דבר ועניין בקשר עם הפוליסה, ובכלל זה בכל הנוגע להודעות ביטול הפוליסה.
 - בקשה לקבלת קוד למערכת מידע אישי: אני הח"מ מבקש ומאשר לקבל בדואר רשום או באמצעי אחר קוד הפעלה ראשוני למערכת מידע אישי באתר האינטרנט של מגדל כהגדרתה להלן. אודות תכנית ביטוח ו/או תכניות פנסיה ו/או קופות גמל ו/או קרנות השתלמות ו/או מוצרים אחרים של מגדל (אתר האינטרנט). ידוע לי כי קוד הפעלה ראשוני יאפשר קבלת מידע מאתר האינטרנט רק בכפוף להשלמת תהליך הרישום באתר האינטרנט.
 - למבקשים להצטרף לביטוח ניתוח משלים לשב"ן - סמן X ב- ידוע לי ואני מאשר ומצהיר כי:
 - הכיסוי בגין ניתוחים פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, החברה (המבטח) תשלם את ההפרש בין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
 - למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המועמד לפנות לקופת החולים למימוש זכויותי על פי השב"ן וכן לפנות לחברה למימוש זכויותי על פי הפוליסה.
 - דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (תוכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
 - בסיים החברות בתכנית השב"ן זכאי המועמד לפנות לחברה ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" בתוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטוח לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.
 - כל אחד מהמועמדים המפורטים לעיל הינו חבר בקופת החולים ובתכנית השב"ן כמפורט לעיל. ידוע לנו כי עובדת היות המועמד לביטוח חבר בקופת החולים ובתכנית השב"ן הינה ענין מהותי, ובכל מקרה שבו יחול שינוי בחברותנו בקופת החולים ובתכנית השב"ן המציינת לעיל, אנו מתחייבים להודיע על כך לחברה.
 - למבקשים להצטרף לתכנית "מגדל דואגים למחר משלים" / "מגדל דואגים למחר משלים+" / "מגדל סיעוד משלים" / "מגדל סיעוד משלים+" - סמן X ב- ידוע ואני מאשר ומצהיר כי:
 - תנאי מהותי לרכישת תכנית לביטוח "מגדל דואגים למחר משלים" / "מגדל דואגים למחר משלים+" / "מגדל סיעוד משלים" / "מגדל סיעוד משלים+" הינו כי כל אחד מהמועמדים לעיל מבוטח בכיסוי סיעודי קבוצתי בקופת חולים, או במסגרת סיעוד פרטי, או במסגרת סיעוד קבוצתי אחר - בהתאם לפרטים המפורטים לעיל. בכל מקרה שבו יחול שינוי בפרטים שנמסרו לעיל אני מתחייב להודיע על כך לחברה.
 - "מגדל דואגים למחר משלים" / "מגדל דואגים למחר משלים+" / "מגדל סיעוד משלים" / "מגדל סיעוד משלים+" משמש כרובד משלים לכיסוי סיעודי, במסגרת קופת החולים, או פרטי בחברת ביטוח אחרת, או במסגרת ביטוח קבוצתי, כפי שציינתי בטבלה לעיל, ולו תקופת המתנה ושל 36 חודשים / 60 חודשים, כפי שציינתי לעיל, בה אין זכאות לתגמול סיעודי על ידי תנאי תכנית הביטוח (כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם פיצוי חודשי רק לאחר שהמבוטח היה במצב סיעודי במשך 36 חודשים / 60 חודשים).

חתימות המועמדים על ההצהרות 8-1 ו-11 לעיל, ו-10-9 אם סומנו לגבי המועמד:

<input type="text"/>	חתימת מועמד ראשי / נציג של ילדים עד גיל 18 ★	<input type="text"/>	תאריך
<input type="text"/>	חתימת חתמת / בן/בת זוג ★	<input type="text"/>	

ח. הצהרות הסוכן

- אני מאשר כי שאלתי את החותמים הנ"ל את כל השאלות בטופס הצעה זה, התשובות כי כפי שנמסרו לי על ידים ולאחר שהצגתי בפניהם את טופס גילוי נאות הם חתמו לעיל לפניי.
 - למיטב הבנתי כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף: כן לא
 - הצהרת הסוכן ברכישת "מגדל דואגים למחר משלים" / "מגדל דואגים למחר משלים+" / "מגדל סיעוד משלים" / "מגדל סיעוד משלים+":
אני מאשר כי הבהרתי למועמד לביטוח כי רכישת פוליסת "מגדל דואגים למחר משלים" / "מגדל דואגים למחר משלים+" / "מגדל סיעוד משלים" / "מגדל סיעוד משלים+" מתנתי בהיותו מבוטח ביטוח סיעודי בקופת חולים או במסגרת פוליסה פרטית או קבוצתית. כמו כן הבהרתי למועמד לביטוח את מהות הכיסוי הביטוחי של פוליסת "מגדל דואגים למחר משלים" / "מגדל דואגים למחר משלים+" / "מגדל סיעוד משלים" / "מגדל סיעוד משלים+" כולל התייחסות לתקופת ההמתנה בת 36 חודשים (3 שנים) / 60 חודשים (5 שנים), בה המבוטח לא יהיה זכאי לתגמול הסיעודי על ידי תנאי פוליסה זו.
- על ידי מה שנמסר לי אישית על ידי המועמד לביטוח ולמיטב הבנתי, לכל אחד מהמועמדים לביטוח המפורטים בטבלה לעיל, קיים כיסוי ביטוחי הניתן בפוליסת הסיעוד במסגרת ביטוח סיעודי פרטי, קבוצתי בקופ"ח או קבוצתי אחר.
- | | | | |
|----------------------|---------------|----------------------|-------|
| <input type="text"/> | חתימת הסוכן ★ | <input type="text"/> | תאריך |
|----------------------|---------------|----------------------|-------|

מגדל בריאות