



טוב שיש מגדל מאחוריך  
מגדל חברה לביטוח בע"מ

תאריך מבוקש להתחלת הביטוח		
שנה	חודש	יום

לתשומת ליבך, תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה. מועד התחלת הביטוח המבוקש יכול להיות מועד מילוי ההצעה או ה-1 לחודש העוקב בלבד.

מספר הסוכן	שם הסוכן	חותמת החברה - נתקבל
מספר פוליסה	שם המפקח	

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

## הצעה לביטוח תאונות אישיות - מגדל דואגים למשפחה

טופס מספר **168**

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

א. פרטי המועמדים לביטוח						
מבטוח	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	עיסוק
ראשי / בעל הפוליסה					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
בן/בת זוג					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
ילדים	1				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
	2				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
	3				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
	4				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
נציג*					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
כתובת נציג / בעל הפוליסה	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	ישוב	מיקוד	מספר נייד	דואר אלקטרוני

מוטבים - היורשים על פי הדין, אלא אם מולאו ש/מות 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				

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

## ב. התכנית המבוקשת

התכנית / הסכום בש"ח	מגדל דואגים למשפחה מורחב*				מוות מתאונה / נכות צמיתה מתאונה (סכום בש"ח לכל אחד מהכיסויים)	מגדל ספורטיבי	פירוט הכיסויים הכלולים במגדל ספורטיבי:
	ארד	כסף	זהב	פלטינום			
ראשי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	• מוות מתאונה / נכות צמיתה מתאונה - 300,000 ש"ח;
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	• הוצאות טיפול רפואי ושיניים - 10,000 ש"ח;
ילדים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	• צד ג' מפגיעת ספורט - 100,000 ש"ח;
מוות מתאונה / נכות צמיתה מתאונה	100,000	150,000	200,000	350,000	* הסכום בש"ח למבטוח מבוגר (לילד יינתן 50% מהסכום).		• אי-כושר מתאונה - 4,000 ש"ח;
שברים מתאונה / כוויות מתאונה	15,000	20,000	40,000	60,000			• כתב שירות נקודת זינוק.
פיצוי בגין ימי אישפוז מתאונה	150	300	450	750			
סיעוד מתאונה	20,000	25,000	40,000	65,000			

## ג. נספחים וכתבי שירות

התכנית	ביטול חריג דו-גלגלי (מעל גיל 21)		ביטול חריג ספורט אתגרי (1)	הוצאות רפואיות (1)	הוצאות טיפול רפואי ושיניים מתאונה* (2)	צד ג' מפגיעת ספורט (2)		כתב שירות נקודת זינוק	אשפוז מתאונה** סכום ליום בש"ח ימי המתנה <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3
	עד 250 סמ"ק	מעל 250 סמ"ק				100,000 ש"ח	200,000 ש"ח		
ראשי	<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"/>
בן/בת זוג	<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"/>
ילדים	<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"/>

(1) במקרה בו נרכשו בטופס זה יותר מתכנית אחת, יצורפו הנספחים המבוקשים לכל אחת מהן בנפרד.

(2) במקרה בו נרכשו בטופס זה יותר מתכנית אחת, יצורפו הנספחים לתכנית אחת בלבד.

\* ברכישת מגדל ספורטיבי ניתן להוסיף 10,000 ש"ח בלבד. \*\* ברכישת פיצוי יומי עד 500 ש"ח, אין צורך למלא הצגרת בריאות.

## ג. (המשך) נספחים וכתבי שירות

התכנית	אי-כושר מתאונה (מגיל 21)			אי-כושר מתאונה תקופת פיצוי 12 חודשים ותקופת המתנה 10 ימים (פיצוי חודשי בש"ח)	אמבולטורי	משלימה רפואה	לילד	שירותים רפואיים**	
	פיצוי חודשי בש"ח	תקופת פיצוי בחודשים	תקופת המתנה בימים					ביקור רופא + פסיכולוגי	רפואה אישית
ראשי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ש"ח	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילדים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ש"ח	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* מסלול זה ניתן רק למבטוחים שמצטרפים עד גיל 54. \*\* בהצטרפות לתכנית אלו, אין צורך למלא הצגרת בריאות.



0149416801031214

עמוד מספר **1** מתוך 3 דפים

קוד מסמך 494

מק"ט 510100013 (12.2014)

מגדל בריאות

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מבטוח ראשי

### ד. הצהרת בריאות

שאלה	מבטוח ראשי		בן/בת זוג	
	לא	כן	לא	כן
1. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נייודת ו/או נעזר באמצעי עזר להליכה?				
2. האם אתה סובל מבריחת סידן (אוסטאופורוזיס), דמנציה, אלצהיימר, טרשת נפוצה, פרקינסון, ניוון שרירים?				
3. האם נקבעה לך נכות קיימת (זמנית או קבועה) ו/או שאתה נמצא בתהליך לקבלת הכרה בנכות ממוסד כלשהו? אם התשובה היא כן, נא פרט וצרך מסמכים לגבי אחוזי נכות והאיבר הפגוע.				
4. לרוכשים נספח אי-כושר או חבילת מגדל ספורטיבי יש לענות על השאלה הבאה: האם נעדרת מעבודתך עקב מחלה או תאונה למעלה מחודש ימים במהלך 12 החודשים האחרונים? עקרת בית - האם רותקת לביתך כאמור? אם כן פרטי/וצרך מסמכים.				

### ה. הצהרות והתחייבות המועמדים לביטוח (יש לסמן X במקום הנדרש)

- אני הח"מ מבקש לבטח אותי בהתאם לתנאי תכנית/יות הביטוח שנבחרה/ו בהצגה זו לאחר שמצאת אותה/ן מתאימה/ות לצרכי ובהסתמך על כל האמור בהצעה זו אני מצהיר ומתחייב כלהלן:
- 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 סימו תודיעו לי אם קבלתם או לא קבלתם את ההצעה. תאריך התחלת הביטוח הינו 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 והמבטוח לא יהיה אחראי ולא ישלם כל תביעה בגין מקרה ביטוח שאירע לפני מועד התחלת הביטוח. הפיצוי בגין נכות צמיתה, שברים וכוויות מתאונה הינו בשיעור מלא או חלקי, בהתאם לפגיעה ו/או האיבר שנפגע.
  - 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 מראוני ובהסכמתי. המידע הנתונים שמסרתי וכל עדכון שלהם ישמרו במאגרי המידע של החברה וישמשו לבחינת ההצעה, להוצאת פוליסת, לניהול השוטף של תיק הביטוח, למתן שירותים במסגרת פוליסת הביטוח, וכן לצורך יצירת קשר לפניה בהזמנה להציע הצעות לרכישת פוליסת ביטוח, קופות גמל, קרנות פנסיה, קרנות נאמנות ומוצרים פיננסיים 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 תתמוך עם גוף אחר, היא תהיה זכאית להעביר לתאגיד החדש העתק מן המידע שנאגרו אודותיי ובלבד שתאגיד זה יקבל על עצמו כלפי הוראות הודעה זו.
  - אני מסכים כי פניות והצעות שיווקיות כאמור ישוגרו אליי אך באמצעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר או אמצעי תקשורת אחר (להלן "אמצעי שיווקיות"). פניות במסגרת הניהול השוטף של הפוליסות יעשו באמצעי תקשורת, ככל שהדיון יתיר. אם לא אהיה מעוניין בפניות והצעות שיווקיות כאמור מצד החברה, אוכל להודיע על כך לחברה בכל עת.
  - איני מעוניין שתשלחו אלי הצעות ו/או פניות שיווקיות 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 בנגוע 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 כהגדרתו להלן. אודות תכנית ביטוח ו/או תכנית 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 לאתר האינטרנט.
  - החלפה/שינוי פוליסה: האם יש בידך פוליסות בריאות בתוקף?  כן  לא.  
אם התשובה היא "כן", חלק מרכישת פוליסה זו, האם פוליסה/ות לביטוח בריאות לרבות נספחים שברשותך:  
א. עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא, יסולקו באופן חלקי או מלא, יסתיימו בכל דרך אחרת?  כן  לא.  
ב. חלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, בסכומי הביטוח או בפרמיה?  כן  לא.  
תשובה חיובית לסעיף א' ו/או ב' מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השווה תנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסת ביטוח חדשה.
  - ויתור על סודיות רפואית: אני הח"מ, נתן 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 מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש עליידי "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 מחלותי כאמור, ולא תהייה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור. כן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שיראה בעיני חשוב בכל הנוגע לבריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות עליי תכניות הביטוח. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עוזבי וביא 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.

תאריך <input type="text"/>	חתימת מבטוח ראשי / נציג המועמד לביטוח * <input type="text"/>	חתימת בן/בת זוג * <input type="text"/>
-------------------------------	--	---

### ו. הצהרות הסוכן

- אני מאשר כי:
- הסברתי למועמדים את פרטי תכנית הביטוח, התנאים והסייגים והקראתי לו/להם את טופס גילוי נאות.
  - הטופס הנ"ל מולא לפי המידע שנמסר עליידי המועמדים לביטוח הנ"ל ונחתם עליידים לאחר שהביעו את רצונם לרכוש את הפוליסה.
  - למיטב הבנתי כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף:  כן  לא.

תאריך <input type="text"/>	חתימת הסוכן * <input type="text"/>
-------------------------------	--





טוב שיש מגדל מאחוריך  
מגדל חברה לביטוח בע"מ

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

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

## 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 ע"פ אמצעי תשלום בפוליסה מס' \_\_\_\_\_ ובתנאי שאני המשלם.  
 **כרטיס אשראי -** (בחר את סוג הכרטיס המתאים):  ויזה  ישראלכרט  דינרס  אמריקן אקספרס  לאומי קארד

מספר זהות בעל הכרטיס	שם בעל הכרטיס	תוקף הכרטיס	מספר 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 חיובים 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 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	כתובת הסניף (רחוב)	מספר	יישוב	מיקוד

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

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

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

- נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבונו הנ"ל בסניפכם, בגין פרמיית ביטוח חיים או בריאות או פנסיה בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות, ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ, כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".
- ידוע לי/לנו כי:
  - הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ולמגדל חברה לביטוח בע"מ שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן הודעה בבנק וכן, ניתנת לביטול על-פי הוראת כל דין.
  - אהיה/נהיה רשאים לבטל מראש חיוב מסויים ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
  - אהיה/נהיה רשאים לבטל חיוב לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכח/נוכח בבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנכתבו בכתב ההרשמה, אם נקבעו. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
  - ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב ע"י הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תישלח לי/לנו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
  - הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
  - הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו אם תהיה לו סיבה סבירה לכך ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
  - נא לאשר למגדל חברה לביטוח בע"מ בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

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. 20310 ת"א 61202

קיבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבונו/ם 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 ו/או אחרת לביצוען, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ 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
		סניף בנק	00602	

תאריך \_\_\_\_\_

בנק וסניף \_\_\_\_\_

חתימת הנותמת הסניף ★



0111259903031214

עמוד מספר 3 מתוך 3 דפים

קוד מספר 112

מק"ט 510100013 (12.2014)