



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

מספר מפעל	523994
מספר סוכן	48703140

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

## טופס הצטרפות לתוכנית ביטוח בריאות קבוצתי לגמלאי בנק הפועלים בע"מ ובני משפחותיהם

טופס מספר **2642**

א. פרטי הגמלאי						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>	
שם החברה		שם / מספר סניף / מחלקה בבנק			תאריך תחילת עבודה	
<input type="checkbox"/> בנק הפועלים בע"מ					<input type="checkbox"/> גמלאי	
כתובת מגורים (רחוב)		מס' דירה	מס' בית	מס' דירה	מספר טלפון נייד	מספר טלפון
כתובת דואר אלקטרוני		מוטבים במות המבוטח* (נא לציין שם מלא, מס' זהות וקרבה)				

ב. פרטי המועמדים לביטוח						
מבוטח	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מוטבים במות המבוטח
בן/בת זוג					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
ילד 1 עד גיל 30					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
ילד 2 עד גיל 30					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
ילד 3 עד גיל 30					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
ילד בוגר מעל 30					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
פרטים נוספים:		שם קופת החולים		סניף		שב"ן (ביטוח משלים) מסוג
גמלאי						
בן/בת זוג וילדים						

ג. התכנית המבוקשת (סמן X במשבצת המתאימה)	
<input type="checkbox"/> מבקש לצרף אותי לביטוח בריאות פרקים א' - ח' ולגבות את העלות משכרי	
<input type="checkbox"/> מבקש לצרף את בן/בת זוגי וילדיי לביטוח בריאות פרקים א' - ח' ולגבות את העלות משכרי	

**מועד תחילת הביטוח של העובד ו/או בני המשפחה**

- צירוף מבוטח ללא הצהרת בריאות - מועד צירוף המבוטח יהיה המועד בו חתם על טופס הצטרפות.
- צירוף מבוטח המחייב הצהרת בריאות - במקרה בו המבוטח התקבל לביטוח ללא תנאי חיתום מיוחדים, דהיינו, תנאים רגילים, מועד צירוף לביטוח יהיה המועד בו חתם על טופס הצהרת הבריאות.
- במקרה בו נקבעו למבוטח תנאי חיתום מיוחדים, יהיה מועד צירוף של המבוטח המועד בו אישר המבוטח בחתימתו את תנאי החיתום.

**ד. ויתור על סודיות רפואית**

אני הח"מ, המועמד לביטוח עפ"י הפוליסה המבוקשת נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי ו/או לשלש לשירותי רווחה ו/או למשרד הביטחון ו/או ל"בעל הפוליסה" ו/או ל"יועץ" ו/או קופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסיניפים, וכן לכל הרופאים וכל המוסדות ובתי החולים למסור לחברת הביטוח (להלן: "המבקש"), פרטים על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי ו/או שהנני חולה בה כעת והנני משחרר אותם וכל רופא מרופאיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כמו כן, הנני נותן בזה רשות לחברה המבטחת למסור ל"בעל הפוליסה" ו/או ל"יועץ" פרטים על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי ו/או שהנני חולה בה כעת ומאשר לשלוח להם את החומר הרפואי שלי.





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות										עובד

## ה. הצהרת בריאות

יש למלא את הצהרת הבריאות רק עבור המקרים הבאים:

- גמלאי, בני/בנות זוג וילדים של גמלאי חדש המבקשים להצטרף לביטוח לאחר 180 ימים ממועד תחילת עבודתו.
- בני משפחה חדשים של גמלאי מבוטח (נישואין, לידה) 180 ימים לאחר מועד הפיכתם לבני משפחה של הגמלאי.
- מבוטח אשר פרש מביטוח זה וחזר בו.

נא לענות על השאלות הבאות תשובות ברורות ומלאות. אין להשתמש בקווים כל שהם במקום מילים. על השאלות שלהלן יש לסמן את התשובה "כן" או "לא" בגוף השאלון. אם התשובה חיובית יש לפרט תאריכים, סוג מחלה, סיבוכים, טיפולים, תרופות, מצב נוכחי, סיכומי מחלה וכו', (אין לרשום הערות בין השאלות).

נא לפרט לגבי כל מבוטח	ת. גילוי המחלה / הבעיה	ילד 3		ילד 2		ילד 1		בן/בת זוג		הגמלאי		האם אתה סובל או סבלת מ- (סמן x במשבצת המתאימה)
		לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
												ממחלה כרונית כגון יתר לחץ דם, סכרת, מחלת לב סרטן
												האם הינך נוטל תרופות באופן קבוע?
												האם אושפזת בבית חולים בשלוש השנים האחרונות?
												האם עברת ניתוח ו/או טיפול רפואי כל שהוא בשלוש השנים האחרונות?
												האם אתה/מיועד לעבור ניתוח או לקבל טיפול רפואי כל שהוא בעתיד?
												האם הינך נזקק לעזרה כל שהיא בביצוע פעולות היום יום: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות?
												האם הינך סובל ממחלה או מגבלה הקשורה בצוואר, גב, מתניים, רגליים, ידיים?

## ו. הצהרת המועמדים לביטוח

אני/אנו החתומים מטה מבקשים/ים בזה ממגדל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני/אנו מצהירים/ים, מסכים/ים ומתחייבים/ים בזה כי:

1. כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי. התשובות ו/או המידע שיימסר לחברה יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 - וישמשו לצרכי ביטוח בלבד.
2. הכיסוי בגין ניתוחים על 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 ללא תקרה והכול בכפוף לאמור בנספח ב' השירותים SLA.
3. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות לחברה למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
4. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
5. הצהרה זו, הכוללת את הצהרת הבריאות שלהלן אם זו נדרשת, וחלה גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה ואני/נו חותמים/ים על המסמכים גם בשמם כאפוטרופוסים.
6. תנאי הביטוח הינם כאמור בהסכם בין הצדדים ובכפוף לסעיפי החריגים כאמור בהסכם.

חתימת הגמלאי ★

תאריך

## ז. חתימת המועמדים לביטוח / המצהיר בשם המועמדים

במקרה שבו טופס ההצטרפות, לרבות הצהרת הבריאות אם זו נדרשה, מולא בעבור המועמדים הרשומים בטופס על ידי המצהיר (להלן: עובד הארגון הממלא את הטופס עבור בני משפחתו), אני מאשר כי חברת הביטוח נסמכת על הצהרת הבריאות אם זו נדרשה כתנאי מהותי לרכישת הביטוח ועל כן תוקף הכיסוי הביטוחי בעבור כלל המבוטחים יהיה בכפוף לנכונות ולשלמות ההצהרות. במקרה שהמצהיר חותם בשם המועמדים, לא נדרשת חתימת בן/בת הזוג וילד מעל גיל 30.

מועמד	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך	חתימה
גמלאי					★
בן/בת זוג					★
ילדים מעל גיל 30					★
ילדים מעל גיל 30					★



0179326420203090818

עמוד 2 מתוך 3 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 793



# טופס הוראת תשלום דמי הביטוח

טופס מספר **599**

יש לבחור באחד מאמצעי הגבייה שלהלן:

## תשלום בכרטיס אשראי / באמצעי גבייה בפוליסה קיימת

למבוטח מגדל בלבד: אני נותן בזאת הרשאה לגבות את הפרמיה בתוכנית/ות המבוקשת/ות באמצעי התשלום הניתן במסגרת פוליסה מספר \_\_\_\_\_ ונתנאי שאני המשלם. אישורי זה מתיר לחברה את השימוש באמצעי תשלום זה לצורך הליך הצירוף וגביית הפרמיה עבור התוכנית/ות המבוקשת/ות בטופס זה.

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 המועמד/ים 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		קוד מוסד		מספר פוליסה / תכנית			
		00602					
<input checked="" type="checkbox"/> הרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות		<input type="checkbox"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:					
<input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב ש"ח _____		<input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום _____					
(אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח הם יוחזרו 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

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

פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבע מעת לעת ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ עפ"י 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

קילבנו הוראות מ- \_\_\_\_\_ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נו בלבד 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 או אחרת לביצוען. כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב ע"י בעל/י החשבון או כל עוד לא הוצאו/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

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

תאריך	בנק וסניף	חתימה וחותמת הסניף

מגדל חברה לביטוח בע"מ



011125990303010717

עמוד 3 מתוך 3 דפים

קוד מסמך: 112