



תאריך תחילת הביטוח			
שנה	חודש	יום	לידיעתך תחילת הביטוח הינה ה- 1 לחודש העוקב לתאריך מילוי ההצעה.
מועד תחילת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.			

מספר עובד
תאריך תחילת עבודה / יציאה לגמלאות

מס' סוכן	מס' מפעל
48703140	1091268 - עובדים 1094576 - גמלאים

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

## טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי בנק הפועלים ובני משפחותיהם

טופס מספר **2641**

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

א. פרטי עובד/ת / גמלאית					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	יישוב	מיקוד	
סטטוס	מספר טלפון	כתובת דואר אלקטרוני			

ב. פרטי המועמדים לביטוח						
מועמד לביטוח	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מוטבים
בן/בת זוג						היורשים על פי הדין באפשרותך למנות מוטבים אחרים, באמצעות טופס מספר 568 - הוראה למינוי מוטבים, שעליך למלא ולשלוח למגדל.
ילד 1						
ילד 2						
ילד 3						
ילד 4						

### אופן מסירת מידע למבוטח:

אני מעוניין לקבל את הפוליסה, מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח, דו"ח שנתי ומידעים בקשר אליה באחת מהאופציות הבאות:  
 דואר אלקטרוני בליווי מסרון טלפון הנייד  
 דואר בליווי מסרון טלפון הנייד  
 במקרה שלא סומנה בחירה לעיל, ישלחו המסמכים הנ"ל באמצעות מסרון או דוא"ל של העובד/ת עפ"י הרשום לעיל.

ידוע לי כי הפרטים האישיים שנמסרו לעיל (כתובת, מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכות "מגדל חברה לביטוח" עבור מוצרי בריאות וביטוח חיים וחיסכון הקיימים לי בחברה וישמשו למטרת התקשרות איתי.  
 ככל ומבוקש להשתמש בפרטים האישיים בעבור מוצרים השונים ממוצרי בריאות וביטוח חיים וחיסכון ניתן לפנות למוקד שרות הלקוחות בטלפון 03-9201010.

פרטים נוספים					
מועמד לביטוח	שם קופת חולים				שב"ן (ביטוח משלים) מסוג
	מאוחדת	לאומית	מכבי	כללית	
ראשי	<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"/>	
ילד 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ילד 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ילד 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ילד 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(מהדורה 03.2026)





### ג. תכנית הביטוח המבוקשת\* (נא סמן ב-X את התוכנית המבוקשת)

<b>דמי הביטוח החודשיים</b>		<b>רובד מלא - ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל משלים לשב"ן</b>	<b>מועמד לביטוח</b>
דמי הביטוח החודשיים עבור כל מבטוח בביטוח הבריאות, נכון למדד 14528 שפורסם ב- 15.02.2026 כמפורט להלן:			
<b>סוג מבטוח</b>	<b>פרמיה חודשית</b>	*השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל *תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות *ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל *ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן *טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי, ניתוח, אשפוז *ייעוץ רפואי ובדיקות אבחנתיות *כתב שירות אבחון מהיר *טכנולוגיות מתקדמות ואבזרים רפואיים *כתב שירות ביקור רופא *טיפול שיקום, טיפול בהתפתחות הילד, טיפולי פוריות, ייעוץ פסיכולוגי, טיפולים ברפואה משלימה.	<b>עובד/ת, גימלאי/ת</b>
עובד/ת (מסובסד ע"י בעל בפוליסה)	146 ₪		
ילדים עד גיל 23	123.4 ₪ * - ע"ח העובד/ת		
ילד/בן זוג עד גיל 39	35 ₪		
ילד/בן זוג בין גיל 40-49	135 ₪		
ילד/בן זוג בין גיל 50-59	160 ₪		
בן/ת זוג בין גיל 60-66	180 ₪		
גימלאי/ת ו/או בן/ת זוג של גימלאי/ת ו/או בן/ת זוג של עובד/ת ו/או ילד בוגר מעל גיל 67	220 ₪		
	290 ₪		
*גובה הסבסוד יכול להשתנות מעת לעת בהתאם להחלטת בעל הפוליסה דמי הביטוח צמודים למדד 14528 נקודות אשר פורסם ביום 15.02.2026 והינם קבועים למעט שינוי מילד לבוגר או במקרה של התאמות פרמיה בהתאם לסעיף 5 לתנאי הפוליסה, לראשונה לאחר 24 חודשים.			
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	ילד 1
		<input type="checkbox"/>	ילד 2
		<input type="checkbox"/>	ילד 3
		<input type="checkbox"/>	ילד 4

### ד. אופן תשלום

1. הוראה לניכוי דמי הביטוח מהשכר  
 אני נותן בזאת הוראה לארגון בנק הפועלים בע"מ לנכות ממשכורת את דמי הביטוח בגין ביטוח בריאות קבוצתי עבורי, עבור בן/ת הזוג ועבור ילדי עד גיל 23 (כולל) המופיעים מעלה מידי חודש ולשלם למגדל חברה לביטוח בע"מ.  
 הוראה זו תישאר בתוקף כל עוד לא ניתנה הוראת ביטול בכתב ע"י ובכפוף לתנאי הפוליסה וסייגיה.

חתימת העובד/ת \*  תאריך

### 2. גבייה בכרטיס אשראי

גביית דמי הביטוח עבור ביטוח בריאות קבוצתי לילד בוגר של עובד/ת מעל גיל 23 ו/או עבור גמלאי/ת ובני משפחתו המופיעים מעלה עבור התוכנית המבוקשת. יש למלא פרטי כרטיס אשראי.

כרטיס אשראי: (בחר את סוג הכרטיס המתאים):  ישראל  אמריקן אקספרס  ויזה  דינרס  מאסטרקארד

מספר זהות בעל הכרטיס	שם בעל הכרטיס	מספר כרטיס	בתוקף עד

בחתימתי מטה אני 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 ל"מגדל 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 ויישא מספר אחר. ידוע לי כי ביצוע הסדר תשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על-ידי חברת הביטוח.

חתימת העובד/ת, גמלאי/ת \*  תאריך

### ה. הצהרות (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי)

אני הח"מ מקש לבטח אותי בהתאם לתנאי תכנית/יות הביטוח שנבחרה/ו בהצעה זו לאחר שהוצג בפניי עיקרי תנאי הביטוח ודמי הביטוח עבור התכנית/כל אחת מהתכניות שבכוונתי לרכוש ומצאתי אותה/ן מותאמות לצרכיי ובהסתמך על האמור בהצעה זו אני מצהיר ומתחייב כדלהלן:

1. הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה: ידוע לי, כי התשובות שמסרתי במסגרת הצעה זו נכונות ומלאות וישמשו בסיס לחיזה הביטוח המבוקש וחלק בלתי נפרד הימנו וכן לצורך הוצאת פוליסות, גביית תשלומים בגינן, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות. תשובה שאינה מלאה או כנה עלולה לגרום לביטול הפוליסה ו/או לתשלום תגמולי ביטוח מופחתים או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי הביטוח.

2. 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, בשים לב למדיניות החיתום של החברה, ורק עם סימום תודיעו לי אם קבלתם או לא קבלתם את ההצעה. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.

3.  נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, הפרמיה ותקופת הביטוח.

4. 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 בתום הליך החיתום.

אני מעוניין באפשרות פיצול זו.

2955

(מחזורת 03.2026)



## ה. הצהרות (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי) - המשך

5. למבקשים להצטרף לביטוח ניתוח משלים לשב"ן - סמן X ב-  ידוע לי ואני מאשר ומצהיר כי:

- א. 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 עד לתקרה הקבועה בפוליסה. הכיסוי ניתן לניתוחים אצל גותני שירות שבהסכם עם החברה.
- ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המועמד לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות לחברה למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
- ג. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
- ד. בסיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המועמד לפנות לחברה ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" בתוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים.

6. 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 בחוזי ביטוח) והוראות לעניין מצב רפואי קודם התשס"ד-2004.

### 7. איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי

רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון ("הרשות") במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר לרשות אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. לנחותך, תוכל למלא בקשה להסרת פרטך מהממשק באמצעות טופס דיגיטלי באתר האינטרנט של חברתנו בכתובת: [www.migdal.co.il](http://www.migdal.co.il) לדיעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

8. היותו של העובד שלוח של המועמדים: אני/ו מאשר/ים כי העובד הינו שלוח שלי/נו לכל דבר ועניין בקשר עם הפוליסה, ובכלל זה בכל הנוגע להודעות ביטול הפוליסה.

### 9. הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

ידוע לי כי המידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור (ביחד להלן: "המידע") יישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן (ביחד להלן: "קבוצת מגדל") ו/או ישותף ביניהם, ויעובד בהתאם לשימושים המנויים במדיניות הפרטיות שנזכרת להלן, לרבות בכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות של פוליסות, תוכניות ו/או מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיורור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדיון.

אני מאשר שהמידע נמסר מרצוני ובמסגרת חובה חוקית למסור אותו. כמו כן, ידוע לי כי אי מסירת המידע תמנע מקבוצת מגדל את היכולת לספק לי את השירותים באופן מיטבי.

אני מאשר כי המידע יועבר לצדדים שלישיים לצורך המטרות הנ"ל, לרבות לסוכני ביטוח, בעלי רישיון, ספקים, מבטחי משנה, גורמים מתפעלים ונותני שירותים.

ידוע לי כי בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981, הנני רשאי לעיין במידע שמנוהל לגביי, וכי יש לי את הזכות לבקש את תיקונו אם נמצא כי אינו שלם או מעודכן.

בבקשה למימוש זכות העיון, ניתן לפנות למוקד קשרי הלקוחות באמצעות טלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני [mokedbi@migdal.co.il](mailto:mokedbi@migdal.co.il).

מדיניות הגנת הפרטיות זמינה עבורך בכתובת <https://www.migdal.co.il/support/privacy-and-data-security> או באפליקציית מגדל.

10. לקבלת מידע אודות מוצרי הביטוח בהר הביטוח באפשרותך לשנות או להוסיף שם בגיר לצורך זיהוי באתר האינטרנט של החברה ובאיזור האישי.

<input type="text"/>	תאריך	חתימת העובד/ת, גמלאי/ת *	<input type="text"/>	תאריך	חתימת בן/בת זוג *	<input type="text"/>
<input type="text"/>	תאריך	חתימת ילדים מעל גיל 18 *	<input type="text"/>	תאריך	חתימת בן/בת זוג *	<input type="text"/>
<input type="text"/>	1.	<input type="text"/>	2.	<input type="text"/>	3.	4.

## ו. הסכמה לפניות שיווקיות

אני מסכים /  לא מסכים כי המידע ישמש את מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לצורך שיווק ודיורור ישיר אודות כיסויים ביטוחיים ומוצרים ו/או שירותים פנסיוניים, פיננסיים ואחרים ולפנייה בהצעה לרכישתם, וזאת בין היתר באמצעות פקסימיליה, הודעה אלקטרונית (דוא"ל), הודעת מסר קצר (SMS), מערכת חיוב אוטומטי או כל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה השיווקית באמצעות סוכן הביטוח או באתר מגדל או פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה. טלפון 03-9201010, דואר אלקטרוני [mokedbi@migdal.co.il](mailto:mokedbi@migdal.co.il)

<input type="text"/>	תאריך	חתימת העובד/ת, גמלאי/ת / נציג מועמדים עד גיל 18 *	<input type="text"/>	חתימת בן/בת זוג *	<input type="text"/>
----------------------	-------	---	----------------------	-------------------	----------------------

## ז. חתימת המועמדים לביטוח/ המצהיר בשם המועמדים

אני מאשר כי אני שלוח המועמדים לביטוח לכל דבר ועניין בקשר עם הפוליסה, ובכלל זה בכל הנוגע להודעות ביטול הפוליסה. אני החתום מטה מבקש בזאת ממגדל חברה לביטוח בע"מ לבטח אותי ובני משפחתי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.

<input type="text"/>	תאריך	שם העובד/ת, גמלאי/ת	מספר תעודת זהות	חתימת העובד/ת, גמלאי/ת *	<input type="text"/>
----------------------	-------	---------------------	-----------------	--------------------------	----------------------

(מהדורה 03.2026)





יש למלא את הצהרת הבריאות רק עבור המקרים שלהלן:  
 • עובדת/חדשה ובני המשפחה המבקשים להצטרף לביטוח לאחר 90 יום מיום תחילת עבודתו.  
 • בני משפחה חדשים של עובד: בן/בת זוג המבקשים להצטרף לביטוח לאחר 90 יום ממועד הנישואין. תינוק שנולד לאחר 180 יום מיום לידתו, ילד מאומץ/ילד אומנה לאחר 180 יום מיום האימוץ או קבלה לאומנה.  
 • עובדים קיימים בני/ות זוג וילדיהם לאחר 90 יום ממועד תחילת הביטוח  
 • מבוסט/ת אשר פרשה/מביטוח זה וחזר בו

**ח. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול לחוד על מבוסט (מבוגר), על בן/בת זוג ועל כל אחד מן הילדים המבוסטים**

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		עובדת			
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן		לא	כן	לא	כן		
								אורח חיים						
									גובה בס"מ } לילדים מגיל 10 בלבד משקל בק"ג }					
								1	א. האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מצרי הטבק לרבות סיגריות אלקטרוניות (מכשיר אידיו אלקטרוני)) אם כן ציין מס' סיגריות / פעמים שמעשן ביום: ראשי _____, בן/בת זוג _____, ילד החל מגיל 16 _____					
									ב. אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות? (לילדים החל מגיל 16)					
								2	האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום (לילדים החל מגיל 16)? (22)					
								3	האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר? (לילדים החל מגיל 16) (22)					
שם ילד 4		שם ילד 3		שם ילד 2		שם ילד 1		רקע רפואי	לא		כן			
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן		לא	כן	לא	כן		
								1	האם ב-5 השנים האחרונות: א. עברת בדיקה רפואית אבחנתית לרבות בדיקת הדמיה ו/או בדיקה פולשנית ונמצא בה ממצא שהצריך ברור/מעקב רפואי או הנך נמצאת/ת כיום במהלך של בדיקות רפואיות אלו שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית בגינך? אם כן, אנא פרט וצרף את תוצאות הבדיקות:					
									ב. הנך נוטלת/ת או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע או הינך נמצא כעת במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית? (21)					
								2	ג. נפצעת מתאונה (10) או אושפדת בבית חולים כתוצאה ממחלה או תאונה בחמש שנים האחרונות? (3)					
									האם ב-5 שנים האחרונות עברת ניתוח ו/או ייעוץ לך לעבור ניתוח? (3)					
								3	האם נקבעה לך נכות קיימת (זמנית או קבועה) ו/או אתה נמצא בתהליך לקבלת הכרה בנכות ממוסד כלשהו? (23) אם כן, אנא פרט וצרף מסמכים:					
									האם נעדרת מעבודתך/לימודים עקב מחלה למעלה מחודש ו/או לא היית מסוגל לעבוד ב-12 החודשים האחרונים לפני מילוי הצהרה זו?					
								האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהמערכות / נושאים הבאים:		לא		כן		
								1	מחלות לב (2) לחץ דם (28), וכלי הדם (14) ו/או עברת צנתור					
								2	מחלות כליה ודרכי השתן (15), כגון: מחלות או זיהומים בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה (16)					
								3	מחלות ריאה ודרכי הנשימה (1)					
								4	סוכרת (7) שומנים גבוהים בדם (9)					
								5	גב/עמוד שדרה (5) מערכת השלד, שרירים, מחלות פרקים ועצמות (17)(19), בריחת סידן, לופוס (זאבת), סקלרודרמה.					
								6	דרכי עיכול, מחלות כבד, צהבת (6) (29)					
								7	בעיות גניקולוגיות או פוריות (לילדים החל מגיל 12).					
								8	איידס ו/או נשאות HIV, זאבת?					
								9	מחלות עיניים או הפרעות בראייה (ליקויי ראייה מעל מס' 8) (11)					
								10	אזניים (12)					
								11	מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרם סרטני? (24)					
								12	מערכת עצבים, המוח, ו/או הפרעות התפתחותיות: לרבות אפילפסיה (4), אירוע מוחי, גידול מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, רעד, פרקינסון, שיתוק, פוליו, בעיות בהתפתחות ו/או גדילה, ASPERGER, אוטיזם, קשב וריכוז, הפרעות הרטבה (מעל גיל 5), סחרחורת והתעלפויות. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?					
									נפש: לרבות מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה (13) ו/או הפרעות אכילה.					

(מחזורת 03.2026)

תאריך חתימת העובד/ת \*  תאריך חתימת בן/בת זוג \*  תאריך חתימת ילדים מעל גיל 18 \*  
 תאריך חתימת ילדים מעל גיל 18 \*  תאריך חתימת בן/בת זוג \*  תאריך חתימת ילדים מעל גיל 18 \*