



| מספר מפעל      |
|----------------|
| 522729, 525419 |
| מספר סוכן      |
| 48703140       |

| 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. |

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

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

טופס מספר **2641**

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

| ב. פרטי המועמדים לביטוח                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |                                                                                                                              |  |  |          |  |  |                         |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------|--|--|-------------------------|--|--|
| מועד לבטוח                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  | מספר זהות                                                                                                                    |  |  | שם משפחה |  |  | שם פרטי                 |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                                                                                                              |  |  |          |  |  |                         |  |  |
| בן/בת זוג                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |                                                                                                                              |  |  |          |  |  |                         |  |  |
| ילד 1 עד גיל 30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                                                                                                              |  |  |          |  |  |                         |  |  |
| ילד 2 עד גיל 30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                                                                                                              |  |  |          |  |  |                         |  |  |
| ילד 3 עד גיל 30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                                                                                                              |  |  |          |  |  |                         |  |  |
| ילד בוגר מעל 30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                                                                                                              |  |  |          |  |  |                         |  |  |
| פרטים נוספים:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  | שם קופת החולים                                                                                                               |  |  | סניף     |  |  | שב"ן (ביטוח משלים) מסוג |  |  |
| עובד                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  | <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת |  |  |          |  |  |                         |  |  |
| בן/בת זוג                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  | <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת |  |  |          |  |  |                         |  |  |
| ילד 1 עד גיל 30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  | <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת |  |  |          |  |  |                         |  |  |
| ילד 2 עד גיל 30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  | <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת |  |  |          |  |  |                         |  |  |
| ילד 3 עד גיל 30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  | <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת |  |  |          |  |  |                         |  |  |
| ילד בוגר מעל 30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  | <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת |  |  |          |  |  |                         |  |  |
| <b>אופן מסירת מידע למבוטח:</b><br>אני מעוניין לקבל את הפוליסה, מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח, דו"ח שנתי ומידעים בקשר אליה באחת מהאופציות הבאות:<br><input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני בליווי מסרון לטלפון הנייד<br><input type="checkbox"/> דואר בליווי מסרון לטלפון הנייד<br>במקרה שלא סומנה בחירה לעיל יישלחו המסמכים הנ"ל באמצעות מסרון או דוא"ל של העובד/ת עפ"י הרשום לעיל.<br><b>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.</b><br><b>ככל ומבוקש להשתמש בפרטים האישיים בעבור מוצרים השונים ממוצרי בריאות וביטוח חיים וחיסכון ניתן לפנות למוקד שרות הלקוחות בטלפון 03-9201010.</b> |  |  |                                                                                                                              |  |  |          |  |  |                         |  |  |

(מהדורה 07.2025)

| 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 וילדי 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 ההצטרפות אך לא לפני מועד תחילת עבודתו.                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ● צירוף מבוטח המחייב הצהרת בריאות - במקרה בו המבוטח התקבל לביטוח ללא תנאי חיתום מיוחדים, דהיינו, תנאים רגילים, מועד צירופו לביטוח יהיה המועד בו חתם על טופס הצהרת הבריאות. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| במקרה בו נקבעו למבוטח תנאי חיתום מיוחדים, יהיה מועד צירופו של המבוטח המועד בו אישר המבוטח בחתימתו את תנאי החיתום.                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



0179326410103010725

עמוד 1 מתוך 3 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ  
קוד מסמך: 793



| עובד | מספר זהות |  |  |  |  |  |  |  | שם משפחה | שם פרטי |
|------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|----------|---------|
|      |           |  |  |  |  |  |  |  |          |         |

## ד. אופן תשלום

### הוראה לינייני דמי הביטוח מהמשכורת

הריני נותן בזאת הוראה לבנק הפועלים בע"מ לנכות ממשכורתי את הפרמיות בגין ביטוח רפואי 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.

|       |            |          |                |
|-------|------------|----------|----------------|
| תאריך | שם העובד/ת | מס' זהות | חתימת העובד/ת* |
|-------|------------|----------|----------------|

## ה. ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, המועמד לביטוח ע"י הפוליסה המבוקשת נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי ו/או ללשכה לשירותי רווחה ו/או למשרד הביטחון ו/או ל"בעל הפוליסה" ו/או ל"יועץ" ו/או לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפים, 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 מרפאיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע בריאותי ו/או מחלותיי כ"לומותר 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.

## ו. הצהרת בריאות

### יש למלא את הצהרת הבריאות רק עבור המקרים הבאים:

- עובד קיים, בני/בנות זוג וילדים של עובד קיים המבקשים להצטרף לביטוח לאחר 180 ימים ממועד תחילת הביטוח.
- עובד חדש, בני/בנות זוג וילדים של עובד חדש המבקשים להצטרף לביטוח לאחר 180 ימים ממועד תחילת עבודתו.
- בני משפחה חדשים של עובד מבוסס (נישואין, לידה) 180 ימים לאחר מועד הפיכתם לבני משפחה של העובד.
- עובדים שקבלו קביעות, בני/זוג וילדים המבקשים להצטרף לביטוח לאחר 180 ימים מיום קבלת הקביעות.
- מבוסס 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).

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

## ז. הצהרת המועמדים לביטוח

אני/ו החתומים/ם מטה מבקשים/ם בזה ממגדל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.  
אני/אנו מצהירים/ים, מסכים/ים ומתחייבים/ם 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 לצורכי ביטוח בלבד.
2. הכיסי 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 כיסי בגין ניתוח, על המבוסס 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 כיסי 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/ם על המסמכים גם בשמם כאפטרופוסים/ים.
6. תנאי הביטוח הינם כאמור בהסכם בין הצדדים ובכפוף לסעיפי החריגים כאמור בהסכם.
7. **איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי**  
רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון ("הרשות") במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז 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. לנוחותך, תוכל למלא בקשה להסרת פרטיך מהממשק באמצעות טופס דיגיטלי באתר האינטרנט של חברתנו בכתובת: [www.migdal.co.il](http://www.migdal.co.il).  
לידיעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרכז 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.

(מהדורה 07.2025)



0179326410203010725

עמוד 2 מתוך 3 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 793



## ז. הצהרת המועמדים לביטוח - המשך

### 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, דיורר ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין.

אני מאשר שהמידע נמסר מרצוני ובהסכמתי ולא חלה עלי 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 תיקוניו 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 האיש.

חתימת

העובד/ת \*

תאריך

## ח. חתימת המועמדים לביטוח / המצהיר בשם המועמדים

במקרה שבו טופס ההצטרפות, לרבות הצהרת הבראות 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 הבראות 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 |
|------------------|-----------|----------|---------|-------|-------|
| עובד             |           |          |         |       | ★     |
| בן/בת זוג        |           |          |         |       | ★     |
| ילדים מעל גיל 30 |           |          |         |       | ★     |
| ילדים מעל גיל 30 |           |          |         |       | ★     |

