



מספר הסכם	מספר הסוכן	מספר פוליסה
שם הסוכן		שם המפקח

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.			

הצעה לביטוח סיעוד לפורשי ביטוח קבוצתי במגדל

טופס מספר **2628**

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

א. פרטי המועמדים לביטוח									
השאלה	מועמד ראשי		בן/בת זוג		מספר זהות				
	כן	לא	כן	לא					
האם המועמד לביטוח הוא אזרחי ישראל?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
האם בתקופה של 12 החודשים שקדמו לתאריך הצעה זו, המועמד לביטוח התגורר בישראל לפחות 180 ימים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
מבטוח									
הראשי									
בן/בת זוג									
ילדים עד גיל 17	ילד 1								
	2								
	3								
	4								
פרטי הנציג* וכתובתו									
יישוב									
מס' בית									
מס' דירה									
ת"ד									
מיקוד									
מספר טלפון									
דואר אלקטרוני									
מס' טלפון נייד									
<input type="checkbox"/> אני מסכים <input type="checkbox"/> אני לא מסכים: לקבל את הפוליסה ומיידעים בקשר אליה, כולל הודעות על חידוש והודעות בקשר לניהולה השוטף באמצעות דוא"ל:									

פרטים נוספים									
מבטוח	מצב משפחתי	שם קופת חולים				ש"ב (ביטוח משלים) מסוג	האם יש ברשותך ביטוח סיעודי פרט האם הביטוח הסיעודי הוא במסגרת קופת חולים, פוליסה פרטית או פוליסה קבוצתית.	מוטבים	
		מכבי	כללית	מאוחדת	לאומית				
ראשי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	היורשים על פי הדין	
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	באפשרותך למנות מוטבים אחרים, באמצעות טופס מספר 568 - הוראה למינוי מוטבים, שעליך למלא ולשלוח למגדל.	
ילדים עד גיל 17	ילד 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	ילד 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

מועד תחילת הביטוח	שם המעסיק:
שנה: 2018	חודש: 1
יום: 1	

אופן תשלום דמי הביטוח	מועדי תשלום דמי הביטוח:
<input type="checkbox"/> חודשי* <input type="checkbox"/> רבע שנתי <input type="checkbox"/> חצי שנתי <input type="checkbox"/> שנתי	
* באמצעות כרטיס אשראי או הוראת קבע עפ"י טופס 599.	

[3] סיעוד - מגדל דוגמים למחר				
התכנית	מבטוח	תקופת המתנה 45 ימים	מסלול משלים	תקופת המתנה 60 חודשים
ראשי	<input type="checkbox"/>	תקופת פיצוי בשנים 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> כל החיים	סכום פיצוי חודשי בש"ח	תקופת המתנה 36 חודשים פיצוי חודשי בש"ח
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/>	תקופת פיצוי בשנים 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> כל החיים		תקופת המתנה 60 חודשים פיצוי חודשי בש"ח
ילדים מגיל 3	<input type="checkbox"/>	תקופת פיצוי בשנים 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> כל החיים		

מק"ט 522110057 (מהדורה 12.2017)

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 494



0149426280105101217

עמוד 1 מתוך 5 דפים



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מבוטח ראשי

ב. הצהרות (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי)

אנו הח"מ מבקש לבטח אותנו בהתאם לתנאי תכנית/יות הביטוח שנבחרה/ו בהצעה זו לאחר מצאתי אותה/ן מותאמות לצרכי ובהסתמך על האמור בהצעה זו אני מצהיר ומתחייב כדלהלן:

1. הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה: ידוע לי, כי התשובות והמידע שמסרתי במסגרת הצעה זו נכונים ומלאים, ישמשו בסיס לחוזה הביטוח המבוקש ויהוו חלק בלתי נפרד הימנו וכן לצורך הוצאת פוליסות, גביית תשלומים בגינן, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות.

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

3. 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.

4. 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 זאת 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 לדיעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

5. הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

אני מאשר שהמידע שמסרתי במסך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ וכן בגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע שמסרתי ימסר לסוכן הביטוח/בעל רישיון לצרכי שירות לגורמים נוספים כמתחייב בדיון (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגידי).

6. פוליסה/ות קיימת/ות בביטוח רלוונטי:

ילדים		בן/בת זוג		ראשי	
כן	לא	כן	לא	כן	לא
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

א. האם יש בידך פוליסה קיימת בביטוח רלוונטי לתכנית/ות המבוקשת/ות? אם התשובה לשאלה א' היא "כן"

ב. האם כוונתך לבטל או להקטין את היקף הכיסוי בפוליסה/ות הקיימת/ות? אם התשובה לשאלה ב' היא "כן"

ג. האם ברצונך כי בקשת הביטול תשלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת:

על ידך

על ידי סוכן הביטוח

על ידי חברת הביטוח מגדל - במקרה של ביטול על ידי מגדל יש לצרף טופס בקשת ביטול מס' 305 ולציין את שם חברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת:

חתימת בן/בת זוג ★

חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18 ★

תאריך

ג. אישור בעת מעבר מפוליסה לביטוח קבוצתי לפוליסה פרטית

אני מאשר ומצהיר שידוע לי כי:

- קיים שוני בהיקף הכיסוי בין הפוליסה לביטוח קבוצתי לבין התכנית/ות המבוקשת/ות וכי ניתן לקבל מידע מפורט לעניין זה מסוכן הביטוח.
- הביטוח הקבוצתי מסתיים החל ממועד התחלת הביטוח בתכנית/ות המבוקשת/ות וממועד זה, יחולו הוראות התכנית/ות המבוקשת/ות בלבד.

חתימת בן/בת זוג ★

חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18 ★

תאריך





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מבוטח ראשי

ד. אישור המועמד/ים להצטרפות לתכנית נוספת המעניקה פיצוי במגדל

הצהרה זו רלוונטית לתכנית מסוג: סיעוד.

הנני מבקש להצטרף לתכנית המבוקשת על אף שיש בידי פוליסה קיימת במגדל המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה וכי ידוע לי, כי יגבו ממני דמי ביטוח (פרמיות) עבור שתי הפוליסות. אישור זה יחול גם במקרה של הגדלת סכום ביטוח ו/או רכישת כיסויים נוספים בפוליסה קיימת בחברה.

<input type="text"/>	תאריך	<input type="text"/>	חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18 ★	<input type="text"/>	חתימת חתן/בת זוג ★
----------------------	-------	----------------------	---	----------------------	--------------------

אין באמור בכדי להוות אישור החברה על ביטוח קיים בתוקף במגדל.

ה. 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, לרבות סוכן הביטוח שלי, לצורך שיווק ודיוור 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 חיוג 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

<input type="text"/>	תאריך	<input type="text"/>	חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18 ★	<input type="text"/>	חתימת חתן/בת זוג ★
----------------------	-------	----------------------	---	----------------------	--------------------

ו. הצהרות הסוכן

- אני מאשר כי שאלתי את החותמים הנ"ל את כל השאלות בטופס הצעה זה, התשובות הן כפי שנמסרו לי על-ידם ולאחר שהצגתי בפניהם את טופס גילוי נאות הם חתמו לעיל.
- אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה ביררתי את צרכי המועמדים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח והצעתי לו/ להם ביטוח או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים את צרכי/הם.
- ברכישת ביטוח סיעוד אני מאשר כי הצגתי למועמדים לביטוח את לוח הפרמיות ואת ערכי הסילוק של תכנית הסיעוד המבוקשת בטופס זה.

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





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

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

הצהרה בנוגע לרכישת פוליסה לביטוח סיעוד עם תקופת המתנה בת 36 חודשים, 60 חודשים

טופס מספר **371**

יש למלא טופס זה, בכל מקרה בו מוגשת הצעה לחברה לרכישה ביטוח סיעודי במסלול משלים. יש לסמן את תקופת ההמתנה, כפי שצויין גם בהצעה לביטוח.

א. הצהרת המועמד הראשי

אני מודע לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 36 חודשים, 60 חודשים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאי לקבל תגמולי הביטוח מכוחה של פוליסה זו. כלומר חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 36 חודשים, 60 חודשים, החלטתי כי אני מעוניין לרכוש כיסוי זה.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
תאריך	שם המועמד	חתימה★

ב. הצהרת בן / בת זוג

אני מודע לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 36 חודשים, 60 חודשים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאי לקבל תגמולי הביטוח מכוחה של פוליסה זו. כלומר חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 36 חודשים, 60 חודשים, החלטתי כי אני מעוניין לרכוש כיסוי זה.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
תאריך	שם המועמד	חתימה★

ג. הצהרה עבור הילדים

אני מודע לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה 36 חודשים, 60 חודשים, שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאי לקבל תגמולי הביטוח מכוחה של פוליסה זו. כלומר חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך 36 חודשים, 60 חודשים, החלטתי כי אני מעוניין לרכוש כיסוי זה.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
תאריך	שם המועמד	חתימת המועמד הראשי / נציג מועמדים עד גיל 18★





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

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: אני נותן בזאת הרשאה לגבות את הפרמיה בתוכנית/ות המבוקשת/ות באמצעי התשלום הניתן במסגרת פוליסה מספר _____ ובתנאי 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 _____					
<input type="checkbox"/> (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. נותן/נים לכס 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 ותוספותיהן.

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/נום 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 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	חתימת בעל/י החשבון	חתימת בעל/י החשבון	בנק / מסניף

מגדל חברה לביטוח בע"מ



011125990505010717

עמוד 5 מתוך 5 דפים

קוד מסמך: 112