

הצעה לביטוח לפרט

מגדלור 2007 להפקדות שוטפות / מגדלור לחיים 2007 להפקדות שוטפות / מגדלור לחיים 2007 להפקדות חד פעמיות

(תכניות ביטוח שאינן מוכרות כקופת גמל)

טופס הצעה זה הינו למקרה בו קיימת זהות בין המבוטח ובין בעל הפוליסה. בכל מקרה בו אין זהות בין המבוטח ובין בעל הפוליסה - אין לעשות שימוש בטופס זה אלא יש להשתמש בטופס המתאים

שם סוכן הביטוח: _____ מס' סוכן הביטוח: _____ שם המפקח: _____ מס' פוליסה: _____

1. פרטי המועמד לביטוח לפי הפוליסה ("המבוטח"/"בעל הפוליסה") פרטי המועמד לביטוח

מספר תעודת זהו		שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		מין		מצב משפחתי	
כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית		ישוב		מיקוד		מס' טלפון		מס' סולרי	
דואר אלקטרוני		מקצוע		עיסוק							

הרגלי עישון: אינני מעשן ולא עישנתי בעבר אני מעשן _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים
 עישנתי בעבר _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים, ומזה _____ שנים איני מעשן.
 עיסוקים/תחביבים/אורח חיים עם סיכון מיוחד: (פרט וצרף שאלון מתאים)

הצהרת המבוטח לפי חוק איסור הלבנת הון:

אני _____ ת.ז. _____ מצהיר בזאת כי אני פועל בעבור עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה (למעט זכויות הנובעות מזקיפת הטבת המס לפי פקודת מס הכנסה ולמעט זכויותיהם של המוטבים בפוליסה). אני מתחייב להודיע למבטח אם אפעל בעבור אחר. ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק, מהווה עבירה פלילית.

תאריך _____ חתימה _____

2. תקופת הביטוח של החיסכון, תכנית הביטוח, דמי הביטוח ואופן תשלומם:

תחילת ביטוח: _____
 תום תקופת הביטוח: תקופת הביטוח _____ שנים, או הביטוח עד גיל _____
 מועדי ואופן תשלום: חודשי (באמצעות הוראת קבע בלבד. דמי ביטוח עד 500 ש"ח אפשר גם באמצעות כרטיס אשראי) רבע שנתי חצי שנתי שנתי

הוראת קבע רגיל (לאופן תשלום שונה מחודשי בלבד)

דמי ביטוח התחלתיים לפוליסות הביטוח מגדלור 2007 להפקדות שוטפות/מגדלור לחיים 2007 להפקדות שוטפות: ש"ח _____ (דמי הביטוח צמודים למדד המחירים לצרכן)

3. חלוקת דמי הביטוח בין פוליסת מגדלור 2007 להפקדות שוטפות, פוליסת מגדלור לחיים 2007 להפקדות שוטפות:

ניתן לשלב בין שתי הפוליסות המוצעות: מגדלור 2007 להפקדות שוטפות, מגדלור לחיים 2007 להפקדות שוטפות, בהצעה אחת. במקרה של שינויים עתידיים בדמי הביטוח יקבע יחס חלוקת דמי הביטוח בין הפוליסות ששולבו כאמור לפי היחס שקבע המבוטח בהצעה זו, וזאת עד לקבלת הוראה אחרת מאת המבוטח, אשר תחול ביחס לשינויים שיבואו אחריה, עד למתן הוראה אחרת ע"י המבוטח. דמי הביטוח החודשיים ההתחלתיים שיופקדו בכל אחת מהפוליסות הינם כמפורט להלן:

פוליסה: מגדלור לחיים 2007 להפקדות שוטפות	פוליסה: מגדלור 2007 להפקדות שוטפות
ש"ח _____	ש"ח _____

מבוטח שבחר בפוליסות אלה מאשר כי ידוע לו שלא ניתן להפקיד בפוליסות אלה הפקדות חד-פעמיות.

4. כיסויים ביטוחיים

הנני מבקש לרכוש את הכיסויים הביטוחיים המפורטים להלן.

כיסויים ביטוחיים מתוך דמי הביטוח לתוכניות מגדלור 2007 להפקדות שוטפות/מגדלור לחיים 2007 להפקדות שוטפות/מגדל בטוח להפקדות שוטפות*:	
<p>שם התוכנית</p> <p><input type="checkbox"/> ביטוח למקרה פטירה - אור **1</p>	<p>סכום הביטוח</p> <p><input type="checkbox"/> ש"ח _____</p> <p><input type="checkbox"/> כולל צבירה</p> <p><input type="checkbox"/> לא כולל צבירה</p>
<p><input type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה**</p> <p><input type="checkbox"/> שלוה - אובדן כושר עבודה בפרמיה משתנה</p> <p><input type="checkbox"/> מגדל כושר</p> <p><input type="checkbox"/> שחרור</p> <p><input type="checkbox"/> רגיל <input type="checkbox"/> מורחב</p> <p>תקופת המתנה: <input type="checkbox"/> 3 חודשים <input type="checkbox"/> 6 חודשים</p> <p>פיצוי מוגדל <input type="checkbox"/> 2 חודשים <input type="checkbox"/> 9 חודשים</p>	<p>פיצוי חודשי:</p> <p><input type="checkbox"/> ש"ח _____</p>

* עלות הכיסויים תגבה מדמי הביטוח לפוליסות השונות לפי יחס דמי הביטוח לכ"א מהן.
** כיסויים ביטוחיים לריסק ולאי כושר עבודה עד תום תקופת הביטוח או עד גיל 67 לפי המוקדם מביניהם

5. כיסויים נוספים (בדמי ביטוח נוספים מעל דמי הביטוח שנקבעו בס' 3 להצעה לפוליסות מגדלור 2007 להפקדות שוטפות/מגדלור לחיים 2007 להפקדות שוטפות)*

שם התוכנית	סכום הביטוח

* כיסויים נוספים עד גיל 65 או עד תום תקופת הביטוח, לפי המוקדם מביניהם

6. מסלולי השקעה לפוליסות מגדלור 2007 להפקדות שוטפות/מגדלור לחיים 2007 להפקדות שוטפות.

החברה הנהיגה מספר מסלולי השקעות לגבי התוכניות המפורטים להלן ונקבעו תנאים למסלולי ההשקעות האמורים לרבות תנאים מיוחדים, הגבלות והשלכות לשינוי המסלול.

בהעדר סימון תושקע ההפקדה לחסכון בפוליסה במסלול השקעה כללי 1, מסלול השקעה ברירת המחדל. מסלול זה הינו מסלול המנוהל לפי שיקול דעת החברה בכפוף לתנאים כקבוע בהסדר התחיקתי.

להלן בחירתי:

קוד מסלול מגדלור לחיים 2007 (לשימוש פנימי)	קוד מסלול מגדלור 2007 (לשימוש פנימי)	שם מסלול ההשקעה	יש לסמן המסלול הנבחר
197	117	כללי 3	
198	118	מניות	
199	119	צמוד דולר	
190	120	מט"ח (מינימום 70%)	
191	121	אג"ח ופקדונות 100%	

קוד מסלול מגדלור לחיים 2007 (לשימוש פנימי)	קוד מסלול מגדלור 2007 (לשימוש פנימי)	שם מסלול ההשקעה	יש לסמן המסלול הנבחר
192	72	מסלול השקעה כללי 1	
193	113	אג"ח ופקדונות (מינימום 80%)	
194	114	אג"ח ופקדונות (מינימום 65%)	
195	115	מט"ח (מינימום 50%)	
196	116	כללי 2	

7. פוליסת מגדלור לחיים 2007 להפקדות חד פעמיות

ההפקדה הראשונה החד פעמית לפוליסה _____ ש"ח מסלולי ההשקעה המוצעים בפוליסת מגדלור לחיים 2007 להפקדות חד פעמיות להלן בחירתי

קוד מסלול (לשימוש פנימי)	שם מסלול ההשקעה	יש לסמן המסלול הנבחר
247	כללי 3	
248	מניות	
249	צמוד דולר	
240	מט"ח (מינימום 70%)	
231	אג"ח ופקדונות 100%	

קוד מסלול (לשימוש פנימי)	שם מסלול ההשקעה	יש לסמן המסלול הנבחר
230	מסלול השקעה כללי 1	
243	אג"ח ופקדונות (מינימום 80%)	
244	אג"ח ופקדונות (מינימום 65%)	
245	מט"ח (מינימום 50%)	
246	כללי 2	

בהעדר סימון תושקע ההפקדה לחסכון במסלול השקעה כללי 1, מסלול השקעה ברירת המחדל. מסלול זה הינו מסלול המנוהל לפי שיקול דעת החברה בכפוף לתנאים כקבוע בהסדר התחיקתי.

הצהרת בריאות

גובה _____ ס"מ משקל _____ ק"ג

כן לא

ז. מחלות חילוף חומרים, כגון: סוכרת, מחלות בלוטות, מחלות בלוטות המגן, שומנים גבוהים בדם, כולסטרול מעל 220 מ"ג%, המופיליה או הפרעות אחרות הקשורות בדם.

ח. מחלות מין ועור, כגון: עגבת, פצע שאינו מתרפא, שינויים בגודל וצורה של נקודת חן, יבלת, מלנומה או סרטן עור.

ט. חולי או הדבקות הקשורות באיידס (תסמונת הכשל החיסוני) או האם הנך נושא/ת נוגדנים של איידס.

י. כאבי גב, מחלות פרקים ועצמות כגון: דלקות פרקים, ראומטיזם, ארטריטיס, כאבי גב או מחלה אחרת.

7. האם אי פעם נדחתה או נתקבלה בתנאים מיוחדים הצעתך לביטוח חיים או בריאות בחברת ביטוח כלשהי?

8. האם הנך מקבל תרופות? _____
 שם התרופה _____ מינון _____

אם התשובה על אחת או יותר מהשאלות 6-2 היא 'כן' נא פרט/י:

המחלה/ההפרעה/הבדיקה/הפגיעה/הנכות _____
 4 מתי החלה (חודש/שנה) _____
 4 מתי הסתיימה (חודש/שנה) _____
 4 האם החלמתך/האם ממציא הבדיקה תקינים? _____
 4 איזה טיפול קיבלת ומתי (חודש/שנה) _____
 4 האם היית מאושפז? מתי (חודש/שנה) _____
 4 במידה והסתיימה, האם המחלה/בדיקה _____
 חזרה מספר פעמים? _____
 4 האם נקבעו לך אחוזי נכות? כן לא

9. מוסד רפואי

שם קופת החולים _____
 סניף _____
 שם הרופא המטפל _____
 כתובת הרופא או הסניף _____

כן לא

1. **א. עישון:**
 אני מעשן/ת _____ סיגריות ליום, החל משנת _____
 בעבר עישנתי _____ סיגריות ליום, החל משנת _____ ועד שנת _____

ב. אלכוהול:
 אני צורך/ת/צרכתי מעבר לליטר אלכוהול בשבוע החל משנת _____ ועד שנת _____

ג. סמים:
 אני צורך/ת/צרכתי סמים. מזה _____ שנים שאיני צורך סמים. צי"ו/ את סוג הסמים מתי ובמשך איזו תקופה (חודש/שנה)

2. האם הנך חולה כעת במחלה כלשהיא, מקבל/ת טיפול רפואי, האם נפצעת בתאונה, או עברת בדיקות ב-3 חודשים אחרונים?

3. האם ייעצו לך לעבור ניתוח או אושפזת בבית חולים ב-10 השנים האחרונות? האם עברת אי פעם ניתוח?

4. האם הנך בריא/ה כעת, מסוגל/ת לעבוד בעבודתך במשרה מלאה והאם היית בריא/ה ומסוגל/ת לעבוד ב-12 החודשים האחרונים לפני מילוי הצהרה זו?

5. האם נעדרת מהעבודה בשל מחלה למעלה מחודש ב-5 השנים האחרונות?

6. האם הנך סובל/ת או סבלת בעבר מאחת המחלות/הפרעות להלן:

א. סרטן, גידול, גוש או ממאירות.

ב. מחלות העצבים והחושים כגון שיתוקים, סחרחורת והתעלפויות, אפילפסיה, כאבי ראש כרוניים (מיגרנות), הפרעות תנועה או תחושה, הפרעה בראיה או בשמיעה, דיכאון או מחלות נפשיות.

ג. מחלות דרכי הנשימה והריאה, כגון: אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, יריקת דם, שעול ממושך, אמפיזמה, מחלת קרום הריאה או מחלה אחרת.

ד. מחלות לב וכלי הדם, כגון: התקף לב, אוטם, טרומבוזה, אנגינה פקטוריס, לחץ דם גבוה, אי ספיקת לב, הפרעות קצב הלב, או מחלה אחרת.

ה. מחלות דרכי העיכול, כגון: אולקוס (כיב קיבה או תריסריון), מחלות מעיים, דימום מודרכי העיכול, מחלות כבד וכיס מרה, חולי או בדיקות הקשורות במחלות צהבת (מסוג HEPATITIS), דם סמוי בצואה או מחלה אחרת.

ו. מחלות כליה ודרכי השתן, כגון: מחלות או זיהומים בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה או מחלה אחרת.

10. הצהרות:

א. אני/הח"מ מצהיר/ים בזה שכל התשובות שנתתי/נו בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. אני/ו מתחייב/ים אם נדרש לכך על ידי החברה, להיבדק בדיקה רפואית על ידי רופאי החברה והתשובות שתימסרנה על ידי רופאי החברה תישבנה כחלק מהצעת/נו. ידוע לי/נו שהביטוח נכנס לתוקפו, רק לאחר שהחברה הודיעה על תנאי קבלת רגילים, או במקרה והחברה הודיעה על תנאי קבלת מיוחדים, רק לאחר הסכמתי/נו להם, ובתנאי נוסף שמיום הבדיקה או מיום החתימה על הצהרת הבריאות ועד ליום שבו החליטה החברה על הסכמתה לעריכת הפוליסה לא חל כל שינוי במצב בריאותי/נו, באורח חיי/נו ובעיסוקי/נו.

ב. הודעה לפי סעיף 11 לחוק הגנת הפרטיות: בסעיף זה "החברה" משמעותו מגדל לביטוח בע"מ, וחברות וגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח בע"מ. אני הח"מ מאשר בזאת שהמידע המבוקש שמסרתי במסגרת הצעה זו נמסר מרצוני ובהסכמתי. המידע והנתונים שמסרתי וכל עדכון שלהם יישמרו במאגרי המידע של החברה וישמשו לבחינת ההצעה, להוצאת פוליסות, לניהול השוטף של תיק הביטוח ו/או של תיק ההשקעות של המוצרים הפיננסיים שרכשתי בחברה, למתן שירותים במסגרת פוליסות הביטוח, ליצירת קשר ולפניה בהמנה להציע הצעות לרכישת פוליסות ביטוח, קרנות גמל, קרנות פנסיה, קרנות נאמנות ומוצרים פיננסיים נוספים. במסגרת זאת החברה רשאית להעביר את המידע המתחייב אלי גם לכל גוף משפטי מבין אלו הנכללים במונח "החברה" וכן לסוכן הביטוח המטפל בפוליסה. אם החברה תארגן את פעילותה במסגרת תאגיד אחר או תתמזג עם גוף אחר, היא תהיה זכאית להעביר לתאגיד החדש העתק מן המידע שאגור אודותי ובלבד שתאגיד זה יקבל על עצמו כלפי את הוראות הודעה זו.

ידוע לי/נו כי הצהרת הבריאות והצהרת המבוטח נכונותן הן תנאי לחבות המבוטח.

חתימת המבוטח _____ תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ X חתימה



ויתור על סודיות רפואית

אני/ו הח"מ, בשמי/נו ובשם ילדי, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאפוטרופוס/ית טבעי/ת שלהם, נותן/ים בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן, כל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, המוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון למסור ל"מגדל חברה לביטוח בע"מ", ו/או ל"מגדל ניהול קרנות פנסיה בע"מ", להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש" על מצב בריאותי/נו ו/או על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שהנינו/ו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד, והנינו/ו משחרר/ים אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי/נו ו/או מחלתי/נו כנ"ל, ומוותר/ים על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי/נו אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי/נו, את עובדי/נו ובאי כוחי/נו החוקים ומל משיבא במקומי/נו, וכן הנני/נו מייפה/ים את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי/נו.

חתימת המבוטח _____ תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ X חתימה

הוראה לחיוב חשבון ביטוח חיים, בריאות

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה		קוד המוסד	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה
		בנק	סניף		
				0 0 6 0 2	

לכבוד

בנק _____ סניף _____ כתובת הסניף _____

אני והח"מ _____ שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק _____ מס' זהות/ח.פ. _____

כתובת _____ רחוב _____ מס' _____ עיר _____ מיקוד _____

1. נתון/ים לכם בזה הוראה לחיוב חשבוננו הנ"ל בסניפכם בגין פרמיית ביטוח חיים או בריאות בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מידי פעם באמצעי מגנטי, או רשימות ע"י **מגדל חברה לביטוח בע"מ**, כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".

2. ידוע לי/לנו כי:

א. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק **ולמגדל חברה לביטוח בע"מ**, שתיכנס לתוקף, יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.

ב. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על-ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.

ג. אהיה/נהיה רשאים לבטל חיוב לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח בבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנכתבו בכתב ההרשמה, אם נקבעו.

3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.

4. ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תשלח לי/לנו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.

5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.

6. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך וידיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

7. נא לאשר **למגדל חברה לביטוח בע"מ** בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.

פרטי ההרשאה

סכום החיוב ומועדו יקבע מעת לעת ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ עפ"י תנאי הפוליסה/ות ותוספותיה/ן.

_____ / _____ / _____
תאריך
_____ חתימת בעל החשבון

אישור הבנק לכב' **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 מידי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/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 או אחרת לביצוען: כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב ע"י בעל/י החשבון או כל עוד לא הוצאו/ בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה		קוד המוסד	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה
		בנק	סניף		
				0 0 6 0 2	

תאריך: _____ בנק וסניף: _____ חתימה וחותמת הסניף: _____

תשלום כרטיס אשראי בהוראת קבע

אני מר/גב' _____ ת.ד. _____

בעל כרטיס אשראי מסוג _____ שמספרו _____ בתוקף עד _____ מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסת 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. הנני 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.

_____ תאריך
_____ חתימת בעל החשבון

אישור עובד החברה לבדיקת פרטי כרטיס האשראי

נבדק ואושר ע"י פקיד ביטוח חיים _____ בתאריך: _____ חתימת הבדוק _____