

שים לב!!!
החל מינואר 2008
אין אישור לקופ"ג הניתנת,
אלא לקופ"ג משלמת,
לקיצבה ולקופ"ג
לא משלמת לקיצבה בלבד.

הצעה לביטוח לעצמאים

מגדלור 2007 לעצמאי /

מגדלור לחיים 2007 לעצמאי / מגדל בטוח לעצמאי

שם בעל הרשיון הפנסיוני: _____ מס' בעל הרשיון: _____ שם המפקח: _____
מס' פוליסה: _____

1. פרטי המועמד לביטוח:

פרטי המועמד לביטוח ("המבוטח")

מספר תעודת זהו		שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		מין		מצב משפחתי	
כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית		ישוב		מיקוד		מס' טלפון		מס' סלולרי	
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)

הצהרה לפי חוק 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 למבוטח 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. תחילת ביטוח, דמי ביטוח:

יום תחילת ביטוח: _____

מועדי ואופן תשלום: _____

<input type="checkbox"/> חודשי (באמצעות הוראת קבע בלבד. דמי ביטוח עד 500 ש"ח אפשר גם באמצעות כרטיס אשראי)	<input type="checkbox"/> רבע שנתי	<input type="checkbox"/> חצי שנתי	<input type="checkbox"/> שנתי
<input type="checkbox"/> הוראת קבע	<input type="checkbox"/> רגיל (לאופן תשלום שונה מחודשי בלבד)		

תום תקופת הביטוח: תקופת הביטוח _____ שנים, או הביטוח עד גיל _____ (גיל המבוטח בתום תקופת הביטוח לא יפחת מגיל פרישה מוקדמת)

דמי ביטוח התחלתיים לפוליסות הביטוח מגדלור 2007 לעצמאי/מגדלור לחיים 2007 לעצמאי/מגדל בטוח: _____ ש"ח

חלוקת דמי הביטוח בין פוליסת מגדלור 2007 לעצמאי/פוליסת מגדלור לחיים 2007 לעצמאי/מגדל בטוח לעצמאי:

ניתן לשלב בהצעה אחת עד שתי פוליסות מבין הפוליסות המוצעות: מגדלור 2007 לעצמאי, מגדלור לחיים 2007 לעצמאי, ומגדל בטוח לעצמאי.

במקרה של שינויים עתידיים בדמי הביטוח יקבע יחס חלוקת דמי הביטוח בין הפוליסות ששולבו כאמור וכן יחס חלוקת דמי הביטוח בין התוכנית להון לבין התוכנית לקצבה בפוליסות 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.

פוליסה: מגדלור 2007 לעצמאי	פוליסה: מגדלור לחיים 2007 לעצמאי	פוליסה: מגדל בטוח לעצמאי	
דמי ביטוח לתוכנית להון	דמי ביטוח לתוכנית לקצבה		

מבוטח שבחר בפוליסת מגדל בטוח מאשר כדלקמן:

- הזכות לקבלת ההטבות כקבוע בתנאי הפוליסה אינה חלה על הפקדות חד פעמיות, למעט הפקדות חד פעמיות שהחברה הסכימה לקבלן ושולמו לחברה תוך 90 יום מיום תחילת הביטוח וכן מותנית בין היתר בכך שתקופת תוקפה של הפוליסה עלתה על 240 חודשים מלאים (20 שנים מלאות) החל מיום תחילת הביטוח, והזכאות למלוא ההטבות מותנית במילוי תנאים נוספים כקבוע בתנאי הפוליסה.
- אין בפוליסה מסלולי השקעה ולא ניתן לבחור מסלולי השקעה והכספים ינוהלו במסלול השקעה כללי 1 ביחד עם השקעות של כספים מתכניות שונות.

הצהרה בדבר הפקדת כספים בקצבה (למועמד שתאריך הולדתו שנת 1961 ואילך ומבקש להפקיד כספים בתוכנית ביטוח לתגמולים - הפקדה למטרה הניתנת)

אני החתום, מצהיר/ה בזה בכתב כדלקמן:

- ידוע לי כי לפי תקנות מס הכנסה (כללים לאישור ולניהול קופות גמל) התשכ"ד, 1964 יחול אישור קופת גמל על הפקדתי בתוכנית ביטוח לתגמולים החל מינואר 2006 רק אם מופקדים על ידי או בשלי סכומים לאפיק קצבתי, כפי שנקבעו בתקנות.
- אני מצהיר/ה בזאת כי הנני עומד/ת בהוראות תקנה 19א לתקנות האמורות, וכי מופקדים על ידי או בשלי סכומים לאפיק קצבתי בהתאם לנדרש על פי התקנות.
- הצהרתי זו תהיה בתוקף כל עוד לא אודיע לכם אחרת.

חתימת המועמד לביטוח

תאריך

3. כיסויים ביטוחיים

כיסויים ביטוחיים מתוך דמי הביטוח לפוליסות הביטוח מגדלור 2007 לעצמאי ו/או מגדלור לחיים 2007 לעצמאי ו/או מגדל בטוח לעצמאי - עד תקרה של 35% מדמי הביטוח לפוליסות בניכוי הוצאות (להלן: "התקרה").

אם בתחילת הביטוח או במהלכו תעלה עלות רכישת הכיסויים הביטוחיים הנרכשים כאמור על התקרה האמורה:

יש לגבות דמי ביטוח נוספים למימון עלות הכיסויים הביטוחיים מעל התקרה באמצעות הוראת קבע/כרטיס אשראי או

יש להקטין את הכיסויים הנרכשים מתוך דמי הביטוח למגדלור 2007 לעצמאי /מגדלור לחיים 2007 לעצמאי/ מגדל בטוח לעצמאי לפי אחת החלופות להלן (יש לבחור ולסמן אחת מהחלופות):

תחילה יש להקטין את הכיסוי למקרה פטירה, לאחר מכן את הפיצוי בכיסוי לאובדן כושר עבודה, ולאחר מכן לבטל את השחרור מתשלום פרמיה במקרה אובדן כושר עבודה.

תחילה יש להקטין את הפיצוי בכיסוי לאובדן כושר עבודה, לאחר מכן את הכיסוי למקרה פטירה, ולאחר מכן לבטל את השחרור מתשלום פרמיה במקרה אובדן כושר עבודה.

הקטנה פרופורציונאלית של הכיסויים למקרה פטירה ולאובדן כושר עבודה ולאחר מכן לבטל את השחרור מתשלום פרמיה במקרה אובדן כושר עבודה.

בהעדר סימון החלופה שתחול היא - ראשית הקטנה של הכיסוי למקרה פטירה, לאחר מכן הקטנה של הפיצוי לכיסוי לאובדן כושר עבודה ולאחר מכן ביטול הכיסוי לשחרור. בחירת אחת מהחלופות הינה על דעת המועמד לביטוח ועל אחריותו המלאה, לרבות ההשלכות לענין היקף הכיסוי הביטוחי.

תוכניות הביטוח

כיסויים מתוך דמי הביטוח למגדלור 2007 לעצמאי/מגדלור לחיים 2007 לעצמאי/מגדל בטוח לעצמאי	
שם התוכנית	סכום הביטוח
<input type="checkbox"/> ביטוח למקרה מוות <input type="checkbox"/> אור 1 - ביטוח למקרה פטירה בדמי ביטוח משתנים מידי שנה.	<input type="checkbox"/> ש"ח _____ <input type="checkbox"/> כולל צבירה <input type="checkbox"/> לא כולל צבירה
<input type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה <input type="checkbox"/> שלווה - אובדן כושר עבודה בפרמיה משתנה <input type="checkbox"/> מגדל כושר <input type="checkbox"/> שחרור <input type="checkbox"/> רגיל <input type="checkbox"/> מורחב תקופת המתנה: <input type="checkbox"/> 3 חודשים <input type="checkbox"/> 6 חודשים פיצוי מוגדל <input type="checkbox"/> 2 חודשים <input type="checkbox"/> 9 חודשים	פיצוי חודשי: <input type="checkbox"/> ש"ח _____

עלות הכיסויים תגבה מדמי הביטוח לפוליסות השונות ולתכניות השונות (הון/קצבה) לפי יחס דמי הביטוח לכ"א מהן.

כיסויים נוספים (בדמי ביטוח נוספים מעל דמי הביטוח שנקבעו בס' 2 להצעה לפוליסות מגדלור 2007 לעצמאי/מגדלור לחיים 2007 לעצמאי/מגדל בטוח לעצמאי)*

שם התוכנית	סכום הביטוח

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

4. מסלולי השקעה (לא חל על פוליסת "מגדל בטוח לעצמאי")

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 בחירתך:

שם מסלול ההשקעה	(לשימוש פנימי)		יש לסמן המסלול הנבחר
	קוד מסלול מגדלור לחיים 2007	קוד מסלול מגדלור 2007	
מסלול השקעה כללי 1	192	72	
אג"ח ופקדונות (מינימום 80%)	193	113	
אג"ח ופקדונות (מינימום 65%)	194	114	
מט"ח (מינימום 50%)	195	115	
כללי 2	196	116	
כללי 3	197	117	
מניות	198	118	
צמוד דולר	199	119	
מט"ח (מינימום 70%)	190	120	
אג"ח ופקדונות 100%	191	121	

5. מוטבים

מוטבים בפוליסה/ות:

מינוי מוטבים - בחיי המבוטח - המבוטח.

במקרה פטירה:

מספר תעודת זיהוי	שם משפחה	שם פרטי	קרבה למבוטח	החלק היחסי בתגמולי הביטוח באחוזים

6. הצהרות

הצהרות המועמד לביטוח

אני הח"מ מבקש להתקבל כמבוטח בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח שנבחרה בהצעה זו והנני מצהיר כדלקמן:

הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה ובהצהרת בריאות: המועמד לביטוח מאשר בהתייחס לתשובות ולמידע שמסר, כי כל התשובות, הפרטים ומידע אחר שמסר במסגרת הצעה זו ו/או במסגרת הצהרת הבריאות, הינם נכונים ומלאים. המועמד לביטוח מתחייב כי אם יידרש לכך על ידי החברה, להיבדק בדיקה רפואית על ידי רופאי החברה ותשובות שתימסרנה לרופא החברה תיחשבנה כחלק מההצעה והצהרה זו תחול עליהן. ידוע לו, כי תשובות ומידע זה הינם מהותיים למבטח והם משמשים בסיס לחוזה הביטוח בדמי הביטוח ובתנאי כיסוי כפי שהוצעו ויהוו חלק בלתי נפרד הימנו וכן לצורך תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות אחרות בקשר עם חוזה הביטוח. כמו כן, אני מתחייב להודיע לחברה אם בעתיד יחול שינוי במי מהנתונים שנמסרו לעיל ו/או שאמסור לחברה לעיל וזאת מיד עם היוודע לי על דבר השינוי.

הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה: אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה - המועמד לביטוח מצהיר בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבוטח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 75% מהכנסתו הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. כן מצהיר המועמד לביטוח שידוע לו כי עליו להודיע לחברה על כל שינוי במקצועו או בעיסוקו שיחול במשך תקופת הביטוח.

הודעה והסכמה לפי חוק הגנת הפרטיות: אני מאשר, כי המידע הכלול בהצעה זו וכל מידע נוסף שיימסר ו/או נמסר על ידי לחברה, ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה, ויישמר במאגרי מידע של החברה ו/או הקבוצה ו/או אצל מי מטעמה ו/או ישמש את החברה ו/או חברות מהקבוצה כמאגר דיוור ישיר ומטרתו הינה יצירת קשר וטיפול בכל העניינים הקשורים ו/או הנובעים מכל המוצרים שלי בחברה ובקבוצה ו/או הנלווים אליהם, מתן מידע לצורך ניהול וטיפול שוטף בענייני, מתן אפשרות לקבוצה להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים שונים, בין אם מוצרי הקבוצה ובין אם של צדדים שלישיים וכן למטרות עיבודים סטטיסטיים. אני מאשר בזאת לחברה ו/או לקבוצה ו/או מי מטעמה לבצע פילוחים במידע לצורך קיום מטרות אלו. בכל מקרה כאמור, אם לא אהיה מעוניין במידע או פנייה כאמור, אוכל להודיע על כך לקבוצה עם הפניה הראשונה אלי.

"הקבוצה", משמעותה, החברות והגופים אשר מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ מחזיקה, בכל עת, בו, במישרין או בעקיפין ב- 50% או יותר.

העברת מידע בקווי תקשורת: אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התוכנית ו/או אודותי באמצעות הטלפון, האינטרנט או באמצעי תקשורת חליפי, למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח ("קווי תקשורת") וכן כי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך כי במקרה זה יתכנו חלופות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים מהווים פגיעה בפרטיות וזאת על אף אמצעי אבטחת המידע שהחברה נוקטת והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת. כמו כן אני מאשר שתשלחו לי את הקוד הסודי לצורך שימוש במערכת המידע האישי באתר האינטרנט של קבוצת מגדל בדואר רשום.

הצהרה בדבר מרכיבי התוכנית והתאמתם למבוטח: החברה מסרה לי כי תכנית הביטוח המשווקת על ידיה מעת לעת, לרבות זו שנרכשה על ידינו, מפורסמות באתר האינטרנט של החברה. מרכיבי התוכנית הנרכשת, לרבות הכיסויים הביטוחיים ועלותם וכן החריגים לכיסוי ידועים לי. כן ידוע לי, כי קיימות בחברה תוכניות ביטוח נוספות מסוגים שונים, הנבדלים מהתוכנית הנרכשת בהרכב הכיסוי הביטוחי, בעלותם ובהיקפם, ואני מאשר, כי התוכנית הנרכשת נבחרה לאחר שמצאתי אותה מתאימה לצרכי. כמו כן נמסר לי כי מעת לעת מוציאה החברה תכניות חדשות וכי ראוי לבדוק ולברר בכל עת בעתיד את המוצר שרכשתי ביחס לאלו שיהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התכנית שרכשתי עשויים להשתנות.

אימות נתונים מול מרשם האוכלוסין: אני מאשר ונותן בזאת את הסכמתי לבצע אימות נתונים מול מרשם האוכלוסין של משרד הפנים לנתונים הבאים: תעודת זהות, שם משפחה ושם פרטי, מצב משפחתי, מען מלא, מין ותאריך לידה. אני מאשר לכם בזאת לשנות את פרטי המען בהתאם לאמור במרשם האוכלוסין.

הצהרה בדבר קבלת יעוץ פנסיוני מהמשווק הפנסיוני: אני מצהיר כי ידוע לי שעל היועץ הפנסיוני או המשווק הפנסיוני, כהגדרתם לפי חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק ביעוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני) התשס"ה - 2005 ("בעל רישיון") להתאים את הייעוץ או השיווק לצרכי הלקוח לאחר שברר עימו את מטרות החיסכון שלו באמצעות מוצר פנסיוני, את מצבו הכספי דרך כלל, את החיסכון הקיים שלו, באמצעות מוצרים פנסיוניים ואת שאר הנסיבות הצריכות לענין, ככל שהלקוח הסכים למסור לגביהם מידע, ולאור אלו נעשית הבחירה של סוג המוצר הפנסיוני, המוצר הפנסיוני והגוף המוסדי. אני מאשר כי קיבלתי ייעוץ כאמור לגבי הרכישה של המוצר הפנסיוני וכי קיבלתי מבעל הרישיון מסמך בכתב, המפרט את הנימוקים של בעל הרישיון בדבר כדאיות החיסכון שלי באמצעות המוצר הפנסיוני הנרכש.

X
 תאריך _____
 חתימת המועמד לביטוח

* כל האמור בטופס זה בלשון זכר אף בלשון נקבה כמשמעו.

הצהרת המשווק הפנסיוני/היועץ הפנסיוני: הריני מצהיר בזאת, כי שאלתי את המבוטח בין היתר את כל השאלות המופיעות למעלה וקבלתי מהם את כל הפרטים, המידע והמסמכים הדרושים ובין היתר את הפרטים המפורטים בטופס זה על צרופותיו וצילום של תעודת הזהות של המבוטח וכי מסרתי למבוטח מסמך בכתב כקבוע בהסדר התחיקתי.

כמו כן אני מאשר בזאת כי בדקתי את תעודת הזהות של המבוטח והשוויתי את הפרטים המנויים בתעודת הזהות לפרטי המבוטח המופיעים מעלה ומצאתי כי הם זהים.

X
 תאריך _____
 חתימת המשווק הפנסיוני/היועץ הפנסיוני

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 %, המופליה 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, ראומוטיזם, 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:

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"ן/ 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?
 כן לא

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

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?
 כן לא

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

6. האם הנך סובל/ת או סבלת בעבר מאחת המחלות/הפרעות להלן:
 א. סרטן, גידול, גוש או ממאירות. כן לא
 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. כן לא
 ג. מחלות דרכי הנשימה והריאה, כגון: אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, יריקת דם, שעול ממושך, אמפיזמה, מחלת קרום הריאה או מחלה אחרת. כן לא
 ד. מחלות לב וכלי הדם, כגון: התקף לב, אוטם, טרומבוזה, אנגינה פקטוריס, לחץ דם גבוה, אי ספיקת לב, הפרעות קצב הלב, או מחלה אחרת. כן לא
 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. כן לא
 ו. מחלות כליה ודרכי השתן, כגון: מחלות או זיהומים בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה או מחלה אחרת. כן לא

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 _____ חתימה _____ X

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 מחלותי/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 שיבוא 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 _____ מס' ת.ז. _____ חתימה _____ X

עמוד מס' 4 מתוך 5
קוד מסמן 113

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 לביצועו.

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 לביצועו: 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 בכרטיס אשראי בהוראת קבע

אני מר/גב' _____ ת.ז. _____

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 _____

עמוד מס' 5 מתוך 5
קוד מסמך 112