

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

הצעה לביטוח מנהלים

מגדלור 2007 / מגדלור לחיים 2007 / מגדל בטוח

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

א. פרטי המועמד לביטוח ("המבוטח"/"העובד")

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

ב. מינוי מוטבים - בחיי המבוטח - המבוטח. במקרה פטירה:

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

במקרה של פטירת המבוטח לפני תום תקופת הביטוח או התחלת תשלומי הקצבה ובעודו מועסק אצל המעביד סכום השווה לסכום החיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים בהתאם לתנאי הפוליסה ישולם לשאיירים וההפרש, אם קיים, בין הסכום המגיע במות המבוטח לבין סכום השווה לחיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים ישולם למוטבים.

ג. פרטים למילוי על-ידי המעביד

שם המעביד		מס' מפעל		כתובת המעביד	
חפ/חצ/ת.ז.		טלפון	דואר אלקטרוני		מס' פקס

ד. פרטים אודות ההסדר הביטוחי

שכר ממנו מפרשים דמי ביטוח			ההפקדות למרכיבי הפוליסה		
מרכיב הפיצויים			מרכיב תגמולי מעביד		מרכיב תגמולי עובד
%			%		%
תאריך תחילת עבודה:			בנוסף להפרשות הנ"ל יופרשו לאובדן כושר עבודה		
יום תחילת הביטוח:			<input type="checkbox"/> ע"ח מעביד עד _____ % <input type="checkbox"/> ע"ח עובד		
אופן גביה					
<input type="checkbox"/> דמי ביטוח צמודים למדד		<input type="checkbox"/> דמי ביטוח צמודים לתוספת יוקר עם תקרה		<input type="checkbox"/> דמי ביטוח צמודים לתוספת יוקר ללא תקרה	
<input type="checkbox"/> דמי ביטוח צמודים לשכר יזומים על-ידי המעביד ומועברים לחברה על-ידי המעביד. במקרה כאמור כל סכום שיתקבל מהמעביד יפוצל בין מרכיבי הפוליסה בהתאם לאחוזים כאמור לעיל.					

ה. שליטה בכספים שהופקדו למרכיב הפיצויים (חובה לסמן אחת מהאפשרויות להלן)

א. **הסכם לפי סעיף 14:** כן / לא: קיים בין העובד והמעביד הסכם עבודה שחל עליו סעיף 14 לחוק פיצוי פיטורין התשכ"ג - 1963 בהתאם לאישור כללי בדבר תשלומי מעבידים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצוי פיטורים. אם קיימת הצהרה לגבי תחולת סעיף 14 לחוק פיצוי פיטורים ולא הוחלט על רכישת כיסוי אבדן כושר עבודה במסגרת הצעה זו, הרי שהמועמד לביטוח והמעביד מצהירים, כי ידוע להם שבמסגרת הצעה זו הם בחרו שלא לרכוש כיסוי לאובדן כושר עבודה והם פוטרים את החברה מכל אחריות בקשר לכך.

ב. **ויתור אוטומטי:** כן / לא: המעביד מאשר, כי העובד יהיה זכאי למרכיב הפיצויים בכל מקרה והוא מוותר בזאת ויתור בלתי מותנה על השליטה בכספי מרכיב הפיצויים והוא נותן בזאת הוראות בלתי חוזרות לחברה לשלם את מרכיב הפיצויים למבוטח.

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

בפוליסת מגדלור 2007 ומגדלור לחיים 2007, ניתן לבחור לכל היותר בשני מסלולי ההשקעה בגין ההפקדה לחיסכון, האחד בעבור מרכיב הפיצויים והשני בעבור מרכיב התגמולים. אם המבוטח בחר להשקיע את כספי ההפקדה לחיסכון של מרכיב הפיצויים במסלול שאינו מסלול השקעה כללי 1 (מסלול השקעת ברירת המחול), נדרשת הסכמה בכתב של המעביד להשקעתם במסלול שנבחר על-ידי המבוטח. לא נדרשת הסכמה של המעביד במקרים המפורטים בסעיף 1 לעיל.

בהעדר סימון יושקע מרכיב הפיצויים או מרכיב התגמולים, לפי הענין, במסלול השקעה כללי 1 - מסלול השקעת ברירת המחול. מסלול זה הינו מסלול המנוהל על-פי שיקול דעת החברה בכפוף לתנאים כקבוע בהסדר התחיקתי

להלן בחירתי:

(לשימוש פנימי)			(לשימוש פנימי)		
קוד מסלול	קוד מסלול	מסלול ההשקעות של מרכיב התגמולים	קוד מסלול	קוד מסלול	מסלול השקעה של מרכיב הפיצויים
מגדלור לחיים	מגדלור		מגדלור לחיים	מגדלור	
192	72	<input type="checkbox"/> מסלול השקעה כללי 1	192	72	<input type="checkbox"/> מסלול השקעה כללי 1
193	113	<input type="checkbox"/> אג"ח ופקדונות (מינימום 80%)	193	113	<input type="checkbox"/> אג"ח ופקדונות (מינימום 80%)
194	114	<input type="checkbox"/> אג"ח ופקדונות (מינימום 65%)	194	114	<input type="checkbox"/> אג"ח ופקדונות (מינימום 65%)
195	115	<input type="checkbox"/> מט"ח (מינימום 50%)	195	115	<input type="checkbox"/> מט"ח (מינימום 50%)
196	116	<input type="checkbox"/> כללי 2	196	116	<input type="checkbox"/> כללי 2
197	117	<input type="checkbox"/> כללי 3	197	117	<input type="checkbox"/> כללי 3
198	118	<input type="checkbox"/> מניות	198	118	<input type="checkbox"/> מניות
199	119	<input type="checkbox"/> צמוד דולר	199	119	<input type="checkbox"/> צמוד דולר
190	120	<input type="checkbox"/> מט"ח (מינימום 70%)	190	120	<input type="checkbox"/> מט"ח (מינימום 70%)
191	121	<input type="checkbox"/> אג"ח ופקדונות 100%	191	121	<input type="checkbox"/> אג"ח ופקדונות 100%

יא. כיסויים ביטוחיים

הנני מבקש לרכוש את הכיסויים הביטוחיים על חשבון מרכיב התגמולים ומתוכם. עלות הכיסויים הביטוחיים מתוך מרכיב התגמולים לא תעלה בכל עת על 35% מדמי הביטוח החודשיים לאחר ניכוי דמי ניהול מדמי הביטוח המיוחסים למרכיב התגמולים ובכפוף להסדר התחיקתי ("התקרה").

אם בחודש מסוים עלתה עלות הכיסויים הביטוחיים על התקרה, יוקטנו הכיסויים הביטוחיים כך ששך עלות הכיסויים הביטוחיים לא תעלה על התקרה, לפי אחת החלופות להלן:

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 החלופה הראשונה - דהיינו 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.

אם הכיסוי לאובדן כושר עבודה נרכש על חשבון המעביד בתקציב נפרד לאובדן כושר עבודה, שלא מתוך ההפרשות למרכיב התגמולים, לא תחושב התקרה בגינו.

עלות רכישת הכיסוי למקרה פטירה והכיסוי של אובדן כושר עבודה (אם נרכש מתוך ההפרשות לתגמולים) בכל פוליסה תיוחס פרופורציונאלית למרכיב התגמולים בתכנית ההון ובתכנית הקצבה, לפי שיעור היחס של כל אחד מהם לכלל מרכיב התגמולים

יב. תוכניות ביטוח של הכיסויים הביטוחיים

כיסויים ביטוחיים מתוך התקציב	
שם התוכנית	סכום הביטוח (יעשה בסכומים או בכפולות של שכר)
<input type="checkbox"/> ביטוח למקרה מוות <input type="checkbox"/> אור 1 - ביטוח למקרה פטירה בדמי ביטוח משתנים מידי שנה.	ש"ח _____ לא כולל החיסכון המצטבר (ו) ש"ח _____ כולל החיסכון המצטבר (ז) משכורות, לא כולל החיסכון המצטבר (ח) משכורות, כולל החיסכון המצטבר (ט)
<input type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה <input type="checkbox"/> שלוה - 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 _____ או <input type="checkbox"/> % _____ מהשכר המבוטח (בכל מקרה לא יעלה סכום הפיצוי החודשי על 75% מהשכר המבוטח בכל תוכנית ביטוח)

מטריה ביטוחית פלוס (ההצטרפות לתוכנית זו אפשרית רק למבוטחים שהינם עמיתים בקרן פנסיה בישראל). הכיסויים לפי פוליסת מטריה ביטוחית פלוס חלים ובתוקף כל עוד המועמד לביטוח הינו עמית בקרן פנסיה, ודמי הביטוח משולמים כסדרם

הכיסוי הביטוחי	פרטים על קרן הפנסיה
<input type="checkbox"/> מגדל כושר מורחב. אם נרכש כיסוי זה חובה לרכוש גם כיסוי לתשלום פנסיות נכות מקצועית- (תעריף 767)	שם קרן הפנסיה _____ ש"ח
<input type="checkbox"/> כיסוי פנסית נכות ושחרור עקב נכות בתקופת האכשרה בקרן - (תעריף 905)	השכר החודשי המבוטח בקרן הפנסיה _____ ש"ח
<input type="checkbox"/> כיסוי לתשלום פנסית נכות מקצועית - (תעריף 906)	קצבת הנכות בקרן הפנסיה _____ ש"ח
<input type="checkbox"/> פרנצ'יזה- (תעריף 907)	קצבת שאירים בקרן הפנסיה _____ ש"ח
<input type="checkbox"/> עוז משלים- (תעריף 806)	דמי הגמולים החודשיים לקרן _____ ש"ח
<input type="checkbox"/> כיסוי בגין נכות שנגרמה כתוצאה מתאונת עבודה- (תעריף 908)	
<input type="checkbox"/> כיסוי קצבת שאירים עקב מוות בתקופת האכשרה בקרן- (תעריף 909)	

כיסויים ביטוחיים נוספים בפוליסה פרטית (פוליסת צל)		
קוד משלם	סכום הביטוח	שם התוכנית

* פוליסה פרטית בעלות המעביד או בבעלות העובד, לפי זהות המשלם את עלות הכיסויים הנוספים.
* ע"ח עובד - יש לצרף הוראת קבע או פרטי כרטיס אשראי של העובד. ע"ח מעביד - יש לצרף הוראת קבע של המעביד

יג. הצהרות המועמד לביטוח ("העובד")

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 יתחשבה כחלק מההצעה והצהרה זו תחול עליהן. ידוע לי, כי תשובות ומידע זה הינם מהותיים למבטח והם משמשים בסיס לחוזה הביטוח בדמי הביטוח ובתנאי כיסוי כפי שהוצעו ויהיו 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 החברה, ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה, וישמרו במאגרי מידע של החברה ו/או הקבוצה ו/או אצל מי מטעמה ו/או ישמש את החברה ו/או חברות מהקבוצה כמאגר דיור 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 פניה 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 תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים המהווים 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 תכניות הביטוח המשווקות על ידה 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 יועץ 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 שבייר עימו את מטרות החיסכון שלו באמצעות מוצר פנסיוני, את מצבו הכספי דרך כלל, את החיסכון הקיים שלו, באמצעות מוצרים פנסיוניים ואת שאר הניסיונות הצריכות לעיני, ככל שהלקוח הסכים למסור לגביהם מידע, ולאור אלו נעשית הבחירה של סוג המוצר הפנסיוני, המוצר הפנסיוני והגוף המוסדי. אני מאשר כי קיבלתי יעוץ 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
אישור העברת מידע למעביד: מבלי לגרוע מזכותו של המעביד לקבל מידע בקשר עם מרכיבי הפיצויים או כל מידע לו הוא זכאי על-פי הדין, הנני מייפה את כוחו של המעביד לקבל עבירי כל מידע הקשור עם פוליסה זו ואני מסכים כי תמסרו למעביד מידע כאמור

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 העובד בין היתר את כל השאלות המופיעות למעלה וקיבלתי מהם את כל הפרטים, המידע והמסמכים הדרושים ובין היתר את הפרטים המפורטים בטופס זה על צרפותיו וכי מסרתי למבוטח מסמך בכתב כקבוע בהסדר החתיקה

X _____
 תאריך
 חתימת המשווק הפנסיוני/היועץ הפנסיוני
 עמוד מס' 4 מתוך 6

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 שאני 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?
 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 מורכי 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 בהמנחה 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 ונכונותן 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 ו/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, והנני/ו מוותר/ים אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או על 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 מ"מחייב אותי/נו, את עזבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקים ומל משיבא במקומי/נו, וכן הנני/ו מייפה/ים את "המבקש" לאסוף כל מידע שיראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי/נו.

חתימת המבוטח _____ תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה _____ X

452510015 (5) (3/2008)

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:

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