



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר הפוליסה

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

הצעה לביטוח למקרה פטירה - אור 1 בפרמיה משתנה מדי שנה

טופס מספר **121**

טופס זה מיועד לרכישת ביטוח למקרה פטירה לסכומי ביטוח שלא יעלו על 750,000 ש"ח

א. פרטי המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה					
מס' תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>
כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' טלפון
					מס' סלולרי
דואר אלקטרוני		מקצוע	עיסוק	גובה (ס"מ)	משקל (ק"ג)
<input type="checkbox"/> אינני מעשן ולא עישנתי בעבר <input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום, החל משנת _____ <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר _____ סיגריות ליום, החל משנת _____ ועד שנת _____		עיסוקים/תחביבים/אורח חיים עם סיכון מיוחד (פרט וצרף שאלון מתאים)			

ב. תוכנית הביטוח	
שם התוכנית	סכום הביטוח (ש"ח)*
<input type="checkbox"/> אור 1 - ביטוח למקרה מוות**	תאריך תחילת הביטוח
<input type="checkbox"/> כיסוי מוות מתאונה**	

*סכומי הביטוח צמודים למדד
**הביטוח עד גיל 65

ג. אופן תשלום	
אופן גבייה	אופן תשלום
<input type="checkbox"/> חודשי*	<input type="checkbox"/> רבע שנתי
<input type="checkbox"/> הוראת קבע**	<input type="checkbox"/> חצי שנתי
<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי**	<input type="checkbox"/> שנתי
	הוראת קבע בפוליסה אחרת שלי, מספר _____
	רגיל (לאופן תשלום שונה מחודשי בלבד)

*באמצעות הוראת קבע בלבד. פרמיה עד 500 ש"ח אפשר גם באמצעות כרטיס אשראי.
**יש למלא הוראה לחיוב חשבון בטופס נפרד.

ד. הצהרת בריאות			
כן	לא	השאלה/המחלה	ויתור על סודיות רפואית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם הנך סובל או סבלת בעבר מאחת מהמחלות הבאות: א. מחלות לב, כלי דם, יתר לחץ דם.	5. אני הח"מ ומשפחתי, אם נכללו בהצעת הביטוח, מצהירים בזה שכל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. אני מתחייב אם אדרש לכך על ידי החברה, להיבדק בבדיקה רפואית על ידי רופאי החברה והתשובות שתימסרנה על ידי רופאי החברה תיחשבנה כחלק מהצעתי/נו. ידוע לי שהביטוח נכנס לתוקפו, רק לאחר שהחברה הודיעה על תנאי קבלה רגילים, או במקרה והחברה הודיעה על תנאי קבלה מיוחדים, רק לאחר הסכמתי להם, ובתנאי נוסף שמיום הבדיקה או מיום החתימה על הצהרת הבריאות ועד ליום שבו החליטה החברה על הסכמתה לעריכת הפוליסה לא חל שינוי במצב בריאותי, באורח חיי ובעיסוקי. ידוע לי כי הצהרת הבריאות והצהרת המבוטח ונכונותן הן תנאי לחבות המבטח.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ב. סכרת במשך חמש השנים האחרונות.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ג. מחלות דרכי נשימה.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ד. סרטן או מחלות ממאירות.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ה. מחלות מעיים, כבד.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. האם הינך נשאל/ית או חולה במחלת האיידס (תסמונת הכשל החיסוני)?	6. אני/ו, החתום/ים מטה, בשמי/נו ובשם ילד/נו, אם נכללו בהצעת הביטוח כאפוטרופוס טבעי שלהם, נותן/ים בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה, וכן, לכל הרופאים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון למסור למגדל חברה לביטוח 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 שהנני/ו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד, והנני/נו משחרר/ים אתכם וכל רופא מסניפיהם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע מצב בריאותי/נו ו/או מחלתי/נו כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי/לנו אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר הנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי/נו, את עזבוני/נו ובא כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו, וכן הנני/נו מייפה/ים את "המבקש" לאסוף כל מידע שיראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי/נו.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	במידה וענית כן על אחת מהשאלות, אנא פרט: _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. לא נקבעו לי על ידי המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון או גורם אחר כלשהו שעור נכות של 35% או יותר ולא הוגשה מטעמי בקשה אשר הדין בה טרם הסתיים לקביעת דרגת נכות כאמור.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. לא אושפזתי בבית חולים כתוצאה ממחלה או מתאונה במשך שלוש השנים האחרונות.	

חתימה על סעיפים 1-6:

חתימת המבוטח

תאריך



ה. מוטבים

בחי" המבוטח בתום תקופת הביטוח - המבוטח. במקרה פטירה:

מס' תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה למבוטח

ו. הצהרות המבוטח

הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה ובהצהרת בריאות: המועמד לבעלות על הפוליסה מאשר בהתייחס לתשובות ולמידע שנתן בחתימתו במסגרת הצעה זו והמועמד לביטוח מאשר כי כל התשובות וכל המידע שמסר בחתימתו במסגרת הצעה זו ו/או במסגרת הצהרת הבריאות, הינם נכונים ומלאים. ידוע לנו, כי התשובות ומידע זה ישמשו בסיס לחוזה הביטוח המבוקש ויהו חלק בלתי נפרד הימנו וכן לצורך הוצאת פוליסות, גביית תשלומים בגין, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות.

הצהרה בקשר לתנאים לכניסת חוזה הביטוח לתוקפו: חוזה הביטוח בין הצדדים לבין החברה ייכרת רק אם תאושר ההצעה על ידי החברה, ובתנאים שתאושר, בכפוף לכך שלא יחול שינוי במצב בריאותו של המועמד לביטוח, אורח חייו ועיסוקו בין מועד הבדיקה הרפואית או יום החתימה על הצהרת הבריאות לבין המועד בו הסכימה החברה לערוך את החוזה הביטוח, ובתנאי ששולמה פרמיה ראשונה מלאה על פיו. מועד תחילת הביטוח יהיה כנקוב בדף פרטי הביטוח או במועד תשלום פרמיה ראשונה לפי המאוחר מבין השניים.

הודעה לפי סעיף 11 לחוק הגנת הפרטיות: בסעיף זה "החברה" משמעותו מגדל חברה לביטוח בע"מ, וחברות וגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים 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, וכן לצורך יצירת קשר לפניה בהזמנה להציע הצעות לרכישת פוליסות ביטוח, קופות גמל, קרנות פנסיה, קרנות נאמנות ומוצרים פיננסיים נוספים. במסגרת זאת החברה רשאית להעביר את המידע המתייחס 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 שנאגר אודותי ובלבד שתאגיד זה יקבל על עצמו כלפי את הוראות הודעה זו.

הצהרה בדבר העברת מידע וביצוע פעולות באינטרנט: אני הח"מ מסכים כי לפי בקשותי בעתיד, תיתן לי החברה מידע ושירותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי "קווי תקשורת" וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מתן שירותים ו/או מידע בקווי תקשורת עלול להיות כרוך בתקלות, טעויות, עיכובים, השמטות, העדר עידכון וכן אפשרות של חשיפת פרטים המהווים פגיעה בפרטיות על פי חוק הגנת הפרטיות. התשמ"א - 1981, וזאת על אף כל אמצעי אבטחת המידע שנוקטת החברה. החברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים שהחברה לפי שיקול דעתה הבלעדי תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי תקשורת. כמו כן אני מאשר שתשלחו אלי את הסיסמא לצורך שימוש באינטרנט בדואר רשום.

	חתימת המועמד לביטוח ★		חתימת המועמד לבעלות בפוליסה ★		תאריך
--	-----------------------	--	-------------------------------	--	-------

הצהרת הסוכן: הריני מצהיר בזאת כי שאלתי את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות למעלה וקיבלתי ממנו את כל הפרטים/המסמכים שפורטו וצורפו לטופס זה.

	חתימת הסוכן ★		תאריך
--	---------------	--	-------





הוראה לחיוב - ביטוח חיים, בריאות

טופס מספר **5**

שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר הפוליסה

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

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה		קוד המוסד	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה
		מס' סניף	מס' בנק		
				00602	

לכבוד:

שם הבנק	מס' סניף	מס' בנק	כתובת הסניף (רחוב)	מס' בית	יישוב

אני הח"מ (בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק):

מס' תעודת זהות/ח.פ.	שם משפחה	שם פרטי	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	יישוב	מיקוד

1. נותן/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/איתנו 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/לנו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
 - ג. אהיה/נהיה רשאי/ם 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 שצוינו 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 להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך ויודיע לי/לנו כל כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
 7. נא לאשר ל**מגדל 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 ותוספתיה/הן

	תאריך
חתימת בעל החשבון ★	

אישור הבנק לכבוד **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 מדי 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/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה		קוד המוסד	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה
		מס' סניף	מס' בנק		
				00602	

תאריך: _____ בנק וסניף: _____ חתימת וחותמת הסניף: _____

תשלום בכרטיס אשראי בהוראת קבע

בעל כרטיס אשראי			אני מר/גברת		
מס' תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	סוג הכרטיס	מספר הכרטיס	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 ל**מגדל חברה לביטוח בע"מ** להעביר לחברת כרטיס אשראי חובים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת 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 ויישא 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 אשראי

נבדק ואושר על ידי פקיד ביטוח חיים: _____ בתאריך: _____ חתימת הבודק: _____



0111200503031009