



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.			

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

## הצעה לביטוח בריאות וסיעוד

טופס מספר **170**

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

א. פרטי המועמדים לביטוח											
השאלה						מועמד ראשי		בן/בת זוג			
						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"/>		
מבוטח	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	עיסוק					
ראשי					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ						
בן/בת זוג					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ						
ילדים עד גיל 18	ילד 1				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	מוטבים - היורשים על פי הדין באפשרותך למנות מוטבים אחרים, באמצעות טופס מספר 568 - הוראה למינוי מוטבים, שעליך למלא ולשלוח למגדל.					
	2				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ						
	3				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ						
	4				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ						
פרטי נציג*						<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ					
כתובת		יישוב		מס' בית		מס' דירה		ת"ד		מיקוד	
דואר אלקטרוני של הראשי		מס' טלפון נייד של הראשי		דואר אלקטרוני של בן/בת זוג		מס' טלפון נייד של בן/בת זוג					
כתובת מגורים של בן/בת הזוג		יישוב		מס' בית		מס' דירה		ת"ד		מיקוד	
יש למלא רק אם שונה מהכתובת שציינה לעיל.											

פרטים נוספים												
מבוטח	מצב משפחתי	שם קופת חולים				שב"ן (ביטוח משלים) מסוג	מועדי תשלום דמי הביטוח	אופן מסירת מידע למבוטח				
		מכבי	כללית	מאוחדת	לאומית				ר	ג	נ	א
ראשי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ילדים עד גיל 18	ילד 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> חודשי* <input type="checkbox"/> רבע שנתי <input type="checkbox"/> חצי שנתי <input type="checkbox"/> שנתי <input type="checkbox"/> באמצעות כרטיס אשראי* או הוראת קבע עפי טופס 599. *במקרה שלא סומנה בחירה לעיל, ישלחו המסמכים הנ"ל באמצעות מסרון או דוא"ל של הנציג עפ"י הרשום לעיל.												

ב. התכניות הביטוחיות המבוקשות (סמן X להוספת התכניות המבוקשות עבור כל המועמדים לביטוח. בהעדר סימון לא תרכש תכנית)															
[1] הוצאות רפואיות			המועמד			[1] הוצאות רפואיות - המשך			המועמד						
סוג התכנית	שם התכנית	ראשי	בן/בת זוג	ילדים	סוג התכנית	שם התכנית	ראשי	בן/בת זוג	ילדים	סוג התכנית	שם התכנית				
יסודי	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כתבי שירות	אבחון מהיר ושירותים בעת אשפוז	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קונסיליום	רפואה משלימה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	תרופות שלא בסל ובדיקות גנטיות למחלה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		[2] מחלות קשות - יסודי		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	שם התכנית		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
יסודי	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
נספח	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
נספח	ייעוץ ובדיקות אבחנתיות - אמבולטורי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
נספחים לאמבולטורי	שיקום ואבזרים רפואיים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
בכפוף להצרת בריאות	הרחבה לאמבולטורי לילד	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 494



010288980107010619

עמוד 1 מתוך 7 דפים



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

מגדל בריאות

[3] סיעוד - מגדל דואגים למחר						
מסלול משלים			תקופת המתנה 45 ימים			התכנית
נספח הבטחה למחר*	תקופת המתנה 60 חודשים פיצוי חודשי בש"ח	נספח הבטחה למחר*	תקופת המתנה 36 חודשים פיצוי חודשי בש"ח	נספח הבטחה למחר*	סכום פיצוי חודשי בש"ח	תקופת פיצוי בשנים
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		כל החיים <input type="checkbox"/> 3 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		כל החיים <input type="checkbox"/> 3 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/>
						כל החיים <input type="checkbox"/> 3 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/>

\* באפשרותך למנות מוטבים, באמצעות טופס - מספר 568 הוראה למינוי מוטבים, שעליך למלא ולשלוח למגדל.

[4] תאונות אישיות								
מוות מתאונה ונכות צמיתה מתאונה (סכום בש"ח לכל אחד מהכיסויים)	נספחים לחבילות ארד וכסף <sup>(2)</sup>			מגדל דואגים למשפחה מורחב <sup>(1)</sup>				התכנית / הסכום בש"ח
	ביטול חריג ספורט אתגרי	ביטול חריג (מעל גיל 21)	עד 250 סמ"ק	מעל 250 סמ"ק	פלטינום	זהב	כסף	ארד
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>הערות לביטוח תאונות אישיות (לסעיפים 4 ו-5):</b> (1) הסכום בש"ח למבוטח מבוגר (לידה יינתן 50% מהסכום). (2) סכום ביטוח מקסימלי עבור רכישת נספחי ביטוח חריג הינו עד 150,000 ש"ח למבוטח במצטבר. (3) במקרה בו נרכשו בטופס זה יותר מתכנית אחת, יצורפו הנספחים המבוקשים לכל אחת מהן בנפרד. (4) ניתן לרכוש פיצוי עד 1000 ש"ח.					350,000	200,000	150,000	100,000
					60,000	40,000	20,000	15,000
					750	450	300	150
					65,000	40,000	25,000	20,000

[5] נספחים לתאונות אישיות						
אי-כושר מתאונה לתק' של עד 36 חוד' (מגיל 21)		הוצאות טיפול רפואי ושיניים מתאונה		אשפוז מתאונה (סכום ליום בש"ח)		הוצאות רפואיות <sup>(3)</sup>
תקופת המתנה בימים	פיצוי חודשי בש"ח	20,000 ש"ח	10,000 ש"ח	ימי המתנה 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		
30 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	ש"ח	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ש"ח	<input type="checkbox"/>
30 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	ש"ח	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ש"ח	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ש"ח	<input type="checkbox"/>

**ג. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול לחוד על מבוטח (מבוגר), על בן/בת זוג ועל כל אחד מן הילדים המבוטחים - יש לענות על כל השאלות הרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות.**

סמן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)												מועמד ראשי		בן/בת זוג	
אורח חיים												כן	לא	כן	לא
גובה בס"מ															
ילדים מגיל 10 בלבד															
משקל בק"ג															
א. האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק) אם כן ציין מס' סיגריות / פעמים שמעשן ביום (ילדים החל מגיל 16)												1			
ב. אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות? (ילדים החל מגיל 16)															
האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ- 2 כוסות אלכוהול ליום (ילדים החל מגיל 16)? (22)												2			
האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר (ילדים החל מגיל 16)? (22)												3			
רקע רפואי												כן	לא	כן	לא
האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע או נמצא כעת במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית? (21)												1			
האם ב- 5 השנים האחרונות אושפזת או עברת ניתוח ו/או יעצו לך לעבור ניתוח? (3)												2			
האם ב- 5 השנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית לרבות בדיקת הדמיה ו/או בדיקה פולשנית ונמצא בה ממצא שהצריך ברור/מעקב רפואי או הנך נמצאת כיום במהלך של בדיקות רפואיות אלו שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית בגינן? אם כן, אנא פרט וצרף את תוצאות הבדיקות.												3			
האם נקבעה לך נכות ו/או הינך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות או הומלץ לך שימוש באביזר רפואי? (23) אנא פרט וצרף מסמכים												4			
האם ככל שידוע לך, קיימת מחלה ו/או בעיה רפואית אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה מתחת לגיל 50, הקשורים ללב, סרטן, כליות, סוכרת, מערכת העצבים? (20)												5			

מק"ט 522110057 (מהדורה 06.2019)

8691



014941700207010619

עמוד 2 מתוך 7 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 113



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות					

מגדל בריאות

**ג. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול לחוד על מבוטח (מבוגר), על בן/בת זוג ועל כל אחד מן הילדים המבוטחים - יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות - המשך**

מועמד ראשי		בן/בת זוג		סמן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)							
כן	לא	כן	לא	שם ילד 1		שם ילד 2		שם ילד 3		שם ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
פירוט המחלות לפי מערכות - האם אצל משהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חייהם מומים/מחלות/הפרעות באחת או יותר מהמערכות הבאות?											
1											
מערכת עצבים, המוח, ו/או הפרעות התפתחותיות: לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי, גידול מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, רעד, פרקינסון, שיתוק, פוליו, בעיות בהתפתחות ו/או גדילה, ASPERGER, אוטיזם, קשב וריכוז, הפרעות הרטבה (מעל גיל 5), סחרחורת והתעלפויות. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות? (4)											
2											
נפש: מחלת נפש שאובחנה ע"פ פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה (13) ו/או הפרעות אכילה.											
3											
מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני (24)											
4											
מערכת ריאות ודרכי נשימה (1): לרבות אסטמה, ו/או ברוניטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיטיטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרת, שחפת.											
5											
מערכת הראיה (11): לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 7, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקנוס.											
6											
מערכת אף אוזן גרון: לרבות פגיעה בשמיעה (12), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טינטון, סינוסיטיס חוזרת, סטייט מחיצת האף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול.											
7											
מערכת הלב/לחץ דם (2) (28), כלי דם (14): לרבות יתר לחץ דם, כאבים בחזה, התקף לב, אי ספיקת לב, מום מולד, הפרעות קצב, איוושה, פגיעה במסתמים, טרומבוזה, תסחיף ריאתי, מפרצת אאורטה, ורידים מורחבים, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים, ו/או עברת צנתור?											
8											
בקע ומערכת העיכול (6) (29): לרבות בקע/שבר/הרניה מכל סוג שהוא, ריפלוקס (החזר וושטי), קרוהן, קוליטיס, רקטוצלה, הפטיטיס/צהבת, כבד מוגדל או שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בדרכי המרה ו/או כיס מרה, דלקת בלבב.											
9											
מערכת כליות ודרכי שתן (15): לרבות אי ספיקת כליות, כליה פולציסטית, מום בכליה או מום אחר, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, דליפת שתן, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית (16).											
10											
מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה): לרבות סוכרת (7), שומנים בדם (9), שיגדון (גאוס), גושה, FMF (18), בלוטת התריס/המגן (8), יותרת המגן/ התריס, יותרת המח (פרולקטינומה/ פרולקטינימה), הפרעות גדילה, הזעת יתר.											
11											
מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות: לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת הדם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון, איידס/ נשאות, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים (25)											
12											
מערכת השלד, השרירים, מפרקים (19) מחלות מפרקים (17) בעיות ברכיים: לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/ רצועות, כאבי גב (5), בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן, פרטס, מחלת מפרקים ניוונית, דלקת מפרקים גרונות, לופוס, פיברומיאלגיה, תסמונת התשישות הכרונית, סקלרודרמה.											
13											
מערכת עור ומיין: לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/ קונדילומה (26)											
14											
מערכת הרבייה לכל המועמדים לביטוח - לילדים החל מגיל 12 (27): נשים: בעיות גניקולוגיות ו/או פריון, הפלות חוזרות, הגדלה או הקטנה של השדיים, ניתוחים קיסריים בעבר ו/או נמצאת כיום בהריון. גברים: הגדלה של בלוטת הערמונית ו/או בעיות בפריון.											
15											
לסיעוד ו/או תאונות אישיות: האם הינך מקבל ו/או קיבלת גמלת סיעוד מביטוח לאומי או מוסד אחר, ו/או הינך סובל מנפילות חוזרות, או מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות, להתרחץ, להתגלח, להתלבש, להתפשט, לקום, לשכב, לשלוט על סוגרים נידות או הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם בביצוע פעולות אלו. (למעט ילד - אם המוגבלות הינה טבעית לאור גילו). אנא פרט וצרך מסמכים.											

הערות:

**ד. ויתור על סודיות רפואית**

אני הח"מ, נתן רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, מרפאות בריאות הנפש, למוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לקרנות הפנסיה, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, מנהל האוכלוסין ומשרד הפנים, למסור למגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתירשע על ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותכם והקשורים למצבי הרפואי. אני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כאמור, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהוא כלפי כל המוסר מידע כאמור. כן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי תכניות הביטוח. השימוש במידע יעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזובני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. בקשה זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל הגופים הנזכרים לעיל.

תאריך	חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18	חתימת בן/בת זוג
שם	מספר	חתימת סוכן
עד לחתימה	סוכן	סוכן

מק"ט 522110057 (מהדורה 06.2019)



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מבטוח ראשי

### ה. הצהרות (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי)

אנו החתומים מטה מבקשים לבטח אותנו בהתאם לתנאי הביטוח שנבחרה/ו בהצעה זו לאחר שמצאנו אותה/ן מותאמת לצרכינו ובהסתמך על האמור בהצעה זו אנו מצהירים ומתחייבים כדלהלן:

- הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה: ידוע לי, כי התשובות שמסרתי במסגרת הצעה זו נכונות ומלאות וישמשו בסיס לחוזה הביטוח המבוקש כחלק בלתי נפרד הימנו וכן לצורך הוצאת פוליסות, גביית תשלומים בגינן, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות. תשובה שאינה מלאה או כנה עלולה לגרום לביטול הפוליסה ו/או לתשלום תגמולי ביטוח מופחתים או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי הביטוח.
- קבלה לביטוח: ידוע לי כי הסכמת החברה לקבל את המועמד לביטוח כרוכה בין היתר, בהליך של חיתום שעל פיו, החברה מעריכה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים, נתונים סטטיסטיים, מידע רפואי, או כל מידע אחר רלוונטי, בשים לב למדיניות החיתום של החברה, ורק עם סיומו תודיעו לי אם קבלתם או לא קבלתם את ההצעה. במסגרת הליך החיתום, אם אדרש לכך על-ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בדיקה רפואית על-ידי רופאי החברה והתשובות שתמסרנה על-ידי רופאי החברה תחשבה כחלק מהצעת: תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
- ידוע לי כי החברה לא יכולה להתנות ביטול תכנית אחת באחרת, אלא במקרה של ביטול תכנית/ות נוספות המצורפות כנספח לתכנית יסודית שבוטלה או במקרה של ביטול כל התכניות היסודיות לרוכשים השתלות ו/או תרופות. ביטול תכנית יסודית אחת עשויה לגרום לביטול הנחה שניתנה בתכנית/יות יסודית/יות אחרת.
- ידוע לי ואני מסכים ומאשר כי הכיסוי בתכנית הביטוח נקבע בהתאם לתנאי הפוליסה המלאים ויכול שהינו כפוף לתקופת אכשרה ו/או לסייג בשל מצב רפואי קודם כהגדרתו בתקנות הפיקוח על עסקי הביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) והוראות לעניין מצב רפואי קודם התשס"ד - 2004.

5. הליך הצטרפות: ידוע לי כי במקום בו אפשר לצרף חלק מן המועמדים לביטוח ואילו המועמדים האחרים נדרשים להמשך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה, יתקבלו לביטוח אותם מועמדים שאפשר לקבלם. לגבי יתר המועמדים - מועמדותם לביטוח תבחן רק בתום הליך החיתום.

אני מעוניין באפשרות פיצול זו.

6. היותו של הנציג/מבטוח ראשי שלוח של מועמדים: אני/ו מאשר/ים כי הנציג הינו שלוח שלי/נו לכל דבר ועניין בקשר עם הפוליסה, ובכלל זה בכל הנוגע להודעות ביטול הפוליסה. אם צוינה לעיל כתובת שונה של בן/בת הזוג, ישלחו מסמכי הדיווח (גילוי נאות, דף פרטי ביטוח ודו"ח שנתי) לבן/בת הזוג לכתובת זו.

7. לתכניות מסוג הוצאות רפואיות ומחלות קשות: תקופת הביטוח הינה נקובת בדף פרטי הביטוח. חידוש הפוליסה ביום 1.6.2018 ובכל שנתיים לאחר מכן, ייעשה, בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, באותם תנאים או בתנאים שונים, ובפרמיה שתקבע ע"י החברה במועד החידוש.

8. למבקשים להצטרף לביטוח ניתוח משלים לשב"ן - סמן X ב-  ידוע לי ואני מאשר ומצהיר כי:

א. הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, החברה (המבטח) תשלם את ההפרש בין הוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין הוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. הכיסוי ניתן לניתוחים אצל נותני שירות שבהסכם עם החברה.

ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המועמד לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות לחברה למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.

ג. דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (תוכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).

ד. בסיס החברות בתכנית השב"ן זכאי המועמד לפנות לחברה ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" בתוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים.

9. איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי: רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון ("הרשות") במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים בקופות החולים). כלומר, 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](http://www.migdal.co.il) לידעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

10. הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות: אני מאשר שהמידע שמסרתי במסגרת זו וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ וכן בגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ ו/או מי מטעמנו, 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 תאגדי).

11. רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון מפרסמת השוואה של פרמיות הביטוח לכיסוי ניתוחים בישראל/השתלות/תרופות, בחברות הביטוח השונות בישראל וכן, מדד המשקף את רמת השירות שלהן. באפשרותך להיכנס למחשבון להשוואת ביטוחי בריאות ולמדד שירות חברות הביטוח באתר של רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון בכתובת: [www.mof.gov.il](http://www.mof.gov.il)

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

13. פוליסה/ות קיימת/ות בביטוח רלוונטי:

א. האם יש בידך פוליסה קיימת בביטוח רלוונטי לתכנית/ות המבוקשת/ות? אם התשובה לשאלה א' היא "כן"	ראשי		בן/בת זוג		ילדים	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ב. האם בכונתך לבטל או להקטין את היקף הכיסוי בפוליסה/ות הקיימת/ות? אם התשובה לשאלה ב' היא "כן"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ג. אני מאשר שנמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ד. אני מעוניין שבקשת הביטוח תשלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת:

על ידי

על ידי סוכן הביטוח

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

תאריך	חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18	חתימת בן/בת זוג
-------	---	-----------------

מק"ט 522110057 (מהדורה 06.2019)



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מבטח ראשי

### ו. אישור תנאי קבלה מראש - אני מסכים ומאשר מראש:

1. רכישת התכנית/ות המבוקשת/ות גם במקרה בו נדרש עקב הליך החיתום לשלם תוספת חיתומית על דמי הביטוח בגובה של עד 100% בגין \_\_\_\_\_
2. בכיסוי לניתוחים ולטיפולים מחליפי ניתוח בארץ ו/או בחו"ל (אם נרכש) לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ו/או הנובע מ:  דליות ברגליים  ניתוח קיסרי וסיבוכיו  בקע  טחורים  פיסורה  יתר פעילות בלוטת התריס  קטרקט  גלאוקומה  קרטקנוס  אבנים בכליות ודרכי השתן
3. ידוע לי כי החברה תהיה רשאית לקבוע תנאי חיתום אחרים ו/או להתנות את קבלתי לתכנית/ות המבוקשת/ות בתוספת רפואית גבוהה יותר מהאמור לעיל ו/או בהחרגות אחרות ו/או נוספות לכיסוי הביטוחי בגין מצבי הבריאותי ובמקרה זה תשלח אלי הודעה בתום הליך החיתום. במקרה שלא ייחתם אישור זה ויקבעו תנאים מיוחדים לביטוח, בתום הליך החיתום ישלח טופס אישור תנאים לחתימה כתנאי להפקת הפוליסה.

תאריך	חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18 ★	חתימת בן/ חתימת זוג ★

### ז. אישור המועמד/ים להצטרפות לתכנית נוספת המעניקה פיצוי למקרה ביטוח דומה

הצהרה זו רלוונטית לתכניות מסוג: מחלות קשות, סיעוד ו/או תאונות אישיות. הנני מאשר הצטרפתי לביטוח, במסגרת התכנית המבוקשת גם אם קיימת במגדל או בחברת ביטוח אחרת פוליסה אחרת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, וכי ידוע לי כי במקרה זה יגבו ממני דמי ביטוח (פרמיות) עבור שתי הפוליסות. אישורי זה יחול גם במקרה של הגדלת סכום ביטוח ו/או רכישת כיסויים נוספים בפוליסה קיימת בחברה.

תאריך	חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18 ★	חתימת בן/בת זוג ★

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

### ח. 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 חיוב 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

תאריך	חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18 ★	חתימת בן/בת זוג ★

### ט. הצהרות הסוכן - אני מאשר כי:

1. 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.
2. ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח והצעתי את התכנית/ות המבוקשת/ות התואמת/ות את צרכי/הם, לאחר שבחנתי את רשימת מוצרי הביטוח הקיימים של המועמד לביטוח המונפקת באמצעות אתר הר הביטוח ( לכל הפחות).
3. במקרה של הצעה לרכישת תכנית המעניקה פיצוי, בדקתי כי לא קיימת למבוטח פוליסה עבור מקרה ביטוח דומה, שלא בוטלה, או שקיימת פוליסה שכזו, והמבוטח אישר כמפורט בסעיף ז' לעיל את הצטרפותו לתכנית המבוקשת.
3. ברכישת ביטוח סיעוד אני מאשר כי הצגתי למועמדים לביטוח את לוח הפרמיות ואת ערכי הסילוק של תכנית הסיעוד המבוקשת בטופס זה.

תאריך	חותמת הסוכנות ★	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★





# 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 _____					
(אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח הם יחזרו 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/נו בלבד 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 מסלקה	קוד מוסד	מספר פוליסה / תכנית
		סניף בנק	00602	

תאריך \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הסניף

מגדל חברה לביטוח בע"מ



011125990707010717

עמוד 7 מתוך 7 דפים

קוד מסמך: 112

מגדל בריאות

מק"ט 522110057 (מהדורה 06.2019)