



מספר פוליסה	מספר הסוכן	מספר הסכום	תאריך מבוקש להתחלת הביטוח		
			שנה	חודש	יום
שם המפקח			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 תאונות אישיות - מגדל דואגים למשפחה

טופס מספר **168**

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

א. פרטי המועמדים לביטוח									
השאלה	מועמד ראשי		בן/בת זוג		מספר זהות				
	כן	לא	כן	לא	1	2	3	4	5
האם המועמד לביטוח הוא אזרח 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"/>					
מבטח	ראשי		בן/בת זוג						
ילדים עד גיל 18	ילד 1	2	3	4					
פרטי נציג*									
כתובת	יישוב		(כתובת רחוב)		מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד	מספר טלפון
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		(כתובת רחוב)		מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד	

אופן מסירת מידע למבוטח	אופן תשלום דמי הביטוח
אני מעוניין לקבל את הפוליסה, מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח, דו"ח שנתי ומידעים בקשר אליה באחת מהאופציות הבאות: <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני בליווי מסרון לטלפון הנייד <input type="checkbox"/> דואר בליווי מסרון לטלפון הנייד במקרה שלא סומנה בחירה לעיל, יישלחו המסמכים הנ"ל באמצעות מסרון או דוא"ל של הנציג עפ"י הרשום לעיל.	מועדי תשלום דמי הביטוח: <input type="checkbox"/> חודשי* <input type="checkbox"/> רבע שנתי <input type="checkbox"/> חצי שנתי <input type="checkbox"/> שנתי * באמצעות כרטיס אשראי או הוראת קבע עפ"י טופס 599.

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)	מעל 250 סמ"ק עד 250 סמ"ק	ארד	כסף	זהב	פלטינום	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	המבוטח / הכיסוי
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ראשי
	<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"/>	ילדים מגיל 3
הערות לביטוח תאונות אישיות (לסעיפים ב' ו-ג'): (1) הסכום בש"ח למבוטח מבוגר (יליד יינתן 50% מהסכום). (2) סכום ביטוח מקסימלי עבור רכישת נספחי ביטול 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.				100,000	150,000	200,000	350,000	מוות מתאונה / נכות צמיתה מתאונה
				15,000	20,000	40,000	60,000	שברים מתאונה / כוויות מתאונה
				150	300	450	750	פיצוי בגין ימי אישפוז מתאונה
				20,000	25,000	40,000	65,000	סיעוד מתאונה



0110361680104010619

עמוד 1 מתוך 4 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ  
קוד מסמך 1036 - תאונות אישיות

מק"ט 510100013 (מהדורה 06.2019)



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

### ג. נספחים לתאונות אישיות

התכנית	הוצאות רפואיות (3)	אשפוז מתאונה (4) סכום ליום בש"ח		הוצאות טיפול רפואי ושיניים מתאונה		אי-כושר מתאונה לתק' של עד 36 חוד' (מגיל 21)	
		ימי המתנה 1	3	10,000 ש"ח	20,000 ש"ח	פיצוי חודשי בש"ח	תקופת המתנה בימים
מבטוח							
ראשי						ש"ח	14 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/>
בן/בת זוג						ש"ח	14 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/>
ילדים מגיל 3						ש"ח	

### ד. הצהרת בריאות - יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות.

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	כן	לא	כן	לא	
										האם את/ה מוגבל/ת בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידות ו/או נעזר באמצעי עזר או אדם לביצוע אחת או יותר מפעולות אלו?
										האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חייהם אחת או יותר מהמחלות/הפרעות הבאות: א. ירידה בצפיפות העצם (בריחת סידן)? ב. טרשת נפוצה, פרקינסון, ניוון שרירים, אפילפסיה? ג. נפש: מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? (13) ו/או הפרעות אכילה.
										האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב- 3 שנים האחרונות?
										למועמד מגיל 40 ומעלה - האם אובחנו שברים במערכת השלד ב- 5 שנים האחרונות?
										לרוכשים נספח אי-כושר יש לענות על השאלה הבאה: האם נעדרת מעבודתך עקב מחלה או תאונה למעלה מחודש ימים במהלך 12 החודשים האחרונים? לעקרת בית - האם רותקת לביתך כאמור? אם כן פרטי/וצרף/ מסמכים.

הערות:

### ה. אישור תנאי קבלה מראש במקרה בו הוצהר כי קיימת ירידה בצפיפות העצם (ללא שברים במערכת השלד)

- אני מסכים ומאשר מראש את רכישת התכנית/ות המבוטקש/ות גם במקרה בו אדרש עקב הליך החיתום לשלם תוספת חיתומית על דמי הביטוח בגובה של 50% בגין ירידה בצפיפות העצם.
- ידוע לי כי החברה תהיה רשאית לקבוע תנאי חיתום אחרים ו/או להתנות את קבלתי לתכנית/ות המבוטקש/ות בתוספת רפואית גבוהה יותר בגין מצבי הבריאותי ובמקרה זה תשלח אלי הודעה בתום הליך החיתום.

במקרה שלא יחתם אישור זה ויקבעו תנאים מיוחדים לביטוח, בתום הליך החיתום ישלח טופס אישור תנאים לחתימה כתנאי להפקת הפוליסה.

תאריך	חתימת מבוטח ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18	חתימת בן/ בת זוג
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### ו. הצהרות והתחייבות המועמדים לביטוח (יש לסמן X במקום הנדרש)

- אנו הח"מ מבקשים לבטח אותנו בהתאם לתנאי תכנית/יות הביטוח שנבחרה/ו בהצעה זו לאחר שמצאתי אותה/ן ומתחייב כדלהלן:
- הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה: ידוע לי, כי התשובות שמסרתי במסגרת הצעה זו נכונות ומלאות וישמשו בסיס לחוזה הביטוח המבוקש וחלק 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 ביטוח.
  - 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 סימונו תודיעו לי אם קבלתם או לא קבלתם את ההצעה. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
  - היותו של הנציג/מבוטח ראשי של המועמדים: 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 הדייווח (גילוי נאות, דף פרטי ביטוח ודו"ח שנתי) לבן/בת הזוג לכתובת זו.
  - הליך הצטרפות: ידוע לי כי במקום בו אפשר לצרף חלק מן המועמדים לביטוח ואילו המועמדים האחרים נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה, יתקבלו לביטוח אותם מועמדים שאפשר לקבלם. לגבי יתר המועמדים - מועמדותם לביטוח תבחן רק בתום הליך החיתום.  המועמדים/ים מעוניינים באפשרות פיצול זו.
  - 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 שאנו נעביר לרשות אליהם. 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) לידיעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
  - הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות: אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ וכן בגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיורר ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע שמסרתי ימסר לטווח הביטוח/בעל רישיון לצרכי שירות לגורמים נוספים כמתחייב בדיון (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגידי).
  - 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).
  - נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, הפרמיה ותקופת הביטוח.



0110361680204010619

עמוד 2 מתוך 4 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ  
קוד מסמך: 113/1036 - תאונות אישיות

מק"ט 510100013 (מהדורה 06.2019)



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מבטח ראשי

## ו. הצהרות והתחייבות המועמדים לביטוח (יש לסמן X במקום הנדרש) - המשך

9. פוליסה/ות קיימת/ות בביטוח רלוונטי:

ילדים		בן/בת זוג		ראשי	
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"/>	<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"/>

א. האם יש בידך פוליסה קיימת בביטוח רלוונטי לתכנית/ות המבוקשת/ות? אם התשובה לשאלה א' היא "כן"

ב. האם כוונתך לבטל או להקטין את היקף הכיסוי בפוליסה/ות הקיימת/ות? אם התשובה לשאלה ב' היא "כן"

ג.  אני מאשר שנמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה.

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

על ידי

על ידי סוכן הביטוח - יש למסור לסוכן טופס בקשת ביטוח מס' 305 חתום.

על ידי חברת הביטוח מגדל - יש לצרף טופס בקשת ביטוח מס' 305 חתום ולציין את שם חברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת: \_\_\_\_\_

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

## ז. אישור המועמדים להצטרפות לתכנית נוספת המעניקה פיצוי למקרה ביטוח דומה

הצהרה זו רלוונטית לתכניות מסוג: מחלות קשות, סיעוד ו/או תאונות אישיות.

הנני מבקש להצטרף לתכנית המבוקשת על אף שיש בידי פוליסה קיימת במגדל או בחברת ביטוח אחרת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה וכי ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח (פרמיות) עבור שתי הפוליסות.

אישור זה יחול גם במקרה של הגדלת סכום ביטוח ו/או רכישת כיסויים נוספים בפוליסה קיימת בחברה.

תאריך  חתימת מבטח 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 ודיור 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 חיוג 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 מבטח ראשי/ נציג מועמדים עד גיל 18  חתימת בן/ בת זוג

## ט. הצהרות הסוכן - אני מאשר כי:

- 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 לפניי.
  - ביררתי את צרכי המועמדים 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).
- במקרה של הצעה לרכישת תכנית המעניקה פיצוי, בדקתי כי לא קיימת למבטח פוליסה עבור מקרה ביטוח דומה, שלא בוטלה, או שקיימת פוליסה שכזו, והמבטח אישר כמפורט בסעיף ז' לעיל את הצטרפותו לתכנית המבוקשת.

תאריך  חותמת הסוכנות  חתימת הסוכן

מק"ט 510100013 (מהדורה 06.2019)



0110361680304010619

עמוד 3 מתוך 4 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ  
קוד מסמך: 128/1036 - תאונות אישיות



# 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 _____					
<input type="checkbox"/> (אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח הם יוחזרו 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/נום 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/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	חתימת בעל/י החשבון	חתימת בעל/י החשבון

## מגדל חברה לביטוח בע"מ



011125990404010717

עמוד 4 מתוך 4 דפים

קוד מסמך: 112

מגדל בריאות

מק"ט 510100013 (מהדורה 06.2019)