



שם סוכן	מספר רישיון הסוכן
שם המפקח	מספר סוכן
מספר פוליסה	

המועד המבוקש להתחלת הביטוח*
01/

* מועד תחילת הכיסוי יקבע לפי המאוחר מבין: תאריך החתימה על ההצעה או תאריך הביטוח הרשום לעיל.
הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת הביטוח.

הצעה לביטוח לפרט

טופס מספר **212**

1. מגדל לפרט כולל תכנית המשך 2. מגדל קשת לפרט להפקדות שוטפות וחד פעמיות

(תכניות ביטוח שאינן מוכרות כקופת גמל)

מובהר בזאת כי כל המונחים בהצעה להלן יפורשו כהגדרתם בתנאים הכלליים של הפוליסה.

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

א. פרטי המועמד לביטוח - אם לא קיימת זהות בין המבוטח לבעל הפוליסה, יש למלא גם סעיף ב'

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד
מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני		אני מבקש לקבל הודעות ומסמכים מטעם החברה (לרבות: דוח שנתי מקוצר, דף פרטי ביטוח, תנאי הפוליסה וגילוי נאות) באחד האמצעים שלהלן:		
			<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> הודעת טקסט (מסרון) <input type="checkbox"/> דואר		
מקצוע	עיסוק				

1. שאלות לעניין איסור הלבנת הון - יש לסמן רק אחת מהאפשרויות להלן. יש למלא טופס "הכר את הלוח" מספר 2705

אני מצהיר כי אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת בעל הפוליסה והמבוטח למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה)

אני מצהיר כי יש נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה (במקרה וקיים נהנה יש למלא טופס הצהרת פועל עבור עצמי מספר טופס 2624)

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.
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 איסור הלבנת הון, התש"ס-2000, מהווה עבירה פלילית.

תאריך

חתימה

2. שאלות לעניין FATCA לצורך דיווח לשלטונות המס בארה"ב

האם אתה תושב אמריקאי לצורכי מס?	האם אתה אזרח אמריקאי?	במידה וענית "כן" על אחד מהסעיפים יש לצרף טופס W9 ולרשום את מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצורכי מס בארה"ב TIN U.S.
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן.	שם המצהיר	תאריך
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. שאלות לעניין CRS לצורך מימוש האמנה לחילופי מידע בנושא מס בין מדינות

האם אתה תושב מדינה זרה? לא כן - אם כן, נא מלא את הפרטים להלן: יש לרשום באנגלית בעמודות של: שם פרטי ומשפחה וכתובת

מדינת תושבות	שם פרטי First Name	שם משפחה Last Name	יישוב City / Town	רחוב ומספר בית Address (street, no.)	מספר TIN
1. _____					
2. _____					

האם אתה משלם מס כדין במדינת התושבות? תושבות 1: לא כן תושבות 2: לא כן

אני מצהיר כי כל המידע שמסרתי מלא ומהימן.

שם המצהיר תאריך

אם אופוטרופוס פועל בשם המבוטח, יש לצרף בנוסף טופס הצהרת פועל עבור עצמי על האופוטרופוס.
אם המבוטח הינו קטין מעל גיל 16, ועד גיל 18, יש לצרף בנוסף צילום ת.ז של המבוטח

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	דואר אלקטרוני
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד
מספר טלפון נייד	מספר טלפון	מיקוד	מספר טלפון	מספר טלפון נייד

(מהדורה 11.2018)

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 117 / 15



011172120113211118

עמוד 1 מתוך 13 דפים

**ב. פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה - חובה למלא אם בעל הפוליסה אינו המבוטח, אין למלא אם קיים נציג**

מספר זהות / ח"פ / ח"צ	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מספר טלפון
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
מספר טלפון נייד	יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד
מספר אלקטרוני	מיקוד	דואר אלקטרוני			

1. שאלות לעניין איסור הלבנת הון - יש לסמן רק אחת מהאפשרויות להלן. יש למלא טופס "הכר את הלקוח" מספר 2705

אני מצהיר כי אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת בעל הפוליסה והמבוטח למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות (פוליסה)

אני מצהיר כי יש נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה (במקרה וקיים נהנה יש למלא טופס הצהרת פועל עבור עצמי מספר טופס 2625)

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.
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 איסור הלבנת הון, התש"ס-2000, מהווה עבירה פלילית.

תאריך

חתימה ★

שאלות לעניין איסור הלבנת הון לתאגיד

האם בעל הפוליסה הינו תאגיד: כן לא

במידה ובעל הפוליסה תאגיד, יש לצרף:

1. טופס הצהרה "פועל עבור עצמי" מספר טופס 2625
2. טופס W8
3. טופס הצהרה עצמית של תאגיד. מספר טופס 779

ניתן למצוא את הטפסים באתר האינטרנט של החברה

2. שאלות לעניין FATCA לצורך דיווח לשלטונות המס בארה"ב

האם אתה תושב אמריקאי לצורכי מס? כן לא

האם אתה אזרח אמריקאי? כן לא

במידה וענית "כן" על אחד מהסעיפים יש לצרף טופס W9 ולרשום את מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצורכי מס בארה"ב TIN U.S.

אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן.

תאריך שם המצהיר חתימת המצהיר ★

3. שאלות לעניין CRS לצורך מימוש האמנה לחילופי מידע בנושא מס בין מדינות

האם אתה תושב מדינה זרה? כן לא

- אם כן, נא מלא את הפרטים להלן: יש לרשום באנגלית בעמודות של: שם פרטי ומשפחה וכתובת

מדינת תושבות	שם פרטי First Name	שם משפחה Last Name	יישוב City / Town	רחוב ומספר בית Address (street, no.)	מספר TIN
1.					
2.					

האם אתה משלם מס כדין במדינת התושבות? תושבות 1: כן לא תושבות 2: כן לא

אני מצהיר כי כל המידע שמסרתי מלא ומהימן.

תאריך שם המצהיר חתימת המצהיר ★

כאשר בעל פוליסה הינו חברה, תאגיד או חבר בני אדם יש לחתום גם על הצהרה זו.

הרינו להצהיר בזאת כי ידוע לנו ש-

א. משיכת ערך הפדיון על ידי בעל הפוליסה, תאגיד או חבר בני אדם. תהיה אך ורק באחת מהנסיבות הבאות:

1. עבור תשלום למבוטח בלבד על-פי הסכם עבודה בין המבוטח ובעל הפוליסה, ובמקרה כזה יצורף לבקשה טופס 161 "הודעת מעביד על פרישה של עובד" או כל טופס אחר שיבוא במקומו, בו מצויין הסכום לתשלום שהינו סכום המשיכה.
2. קיים פסק דין של בית הדין לענייני עבודה או ערכאה שיפוטית הקובע כי יש להעביר את הכספים הצבורים בפוליסה לבעל הפוליסה. במקרה זה יצורף לבקשה העתק פסק דין.
3. משיכת ערך הפדיון הינה לצרכי העברה לפוליסת חיסכון אחרת בעבור המבוטח, במקרה כזה תצורף לבקשה הסכמת המבוטח בחתימתו.
- ב. בעל פוליסה, תאגיד או חבר בני אדם לא יוכל לקבל הלוואה מהפוליסה.

תאריך

חתימה ★

(מהדורה 11.2018)



011172120213211118

עמוד 2 מתוך 13 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 117



ג. זיקה בין המשלם למבוטח/בעל הפוליסה

במקרה והמשלם שונה מהמבוטח או בעל הפוליסה, יש לצרף צילום ת.ז ולמלא הצהרת משלם טופס מספר 58. ניתן למצוא את הטופס באתר החברה. רשום את מהות הקשר בין המשלם למבוטח/בעל הפוליסה: _____ (בכל מקרה בו הסוכן הוא צד לזיקה יש למלא שאלון נפרד) **הצהרת המשלם:** אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים בסעיף ב' והפרטים אודות אופן תשלום הפרמיה והגביה ועל כך שהתשלום הנ"ל יבוצע/עבור המבוטח וכי כל החזר של פרמיה ו/או כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה או בקשר אליה, יבוצע לפקודת בעל הפוליסה/המבוטח בהתאם למקרה בלבד.

תאריך _____ שם פרטי _____ ושם משפחה _____ חתימת המשלם ★ _____

ד. תקופת הביטוח של החיסכון, תכנית הביטוח, דמי הניהול דמי הביטוח ואופן תשלומם

תום תקופת הביטוח _____ שנים _____ או _____ הביטוח עד גיל _____ (גיל כהגדרתו בתנאי הפוליסה) *תום הביטוח יהיה לא לפני גיל 60

תכנית הביטוח X-ש לטמן את התכנית הנבחרת ולמלא את הפרטים הנדרשים:

שם התכנית	דמי ביטוח התחלתיים לתוכנית*	דמי ניהול מדמי הביטוח	דמי ניהול מצבירה
<input type="checkbox"/> מגדל לפרט להפקדות שוטפות לפרט כולל תכנית המשך - למצטרפים מגיל 18 בלבד	ש"ח _____	% _____	% _____
<input type="checkbox"/> מגדל קשת לפרט	ש"ח _____	% _____	% _____

* דמי הביטוח צמודים למדד המחירים לצרכן. כאשר נרכשים כיסויים ביטוחיים בדמי ביטוח משתנים יגבה הגידול העתידי בעלות הכיסויים, בנוסף לדמי הביטוח הצמודים שנקבעו לעיל.

מועד ואופן תשלום דמי הביטוח חודשי הוראת קבע כרטיס אשראי 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.

לתשומת לבכם: הוראה לחיוב חשבון, אשר מוגבלת במועד או בתקרת סכום, אינה מתאימה למוצרי ביטוח/פנסיה/גמל ולכן חברתנו מאפשרת לקבל הוראות בעלות הרשאה כללית בלבד

הפקדה חד-פעמית (עבור מגדל קשת לפרט בלבד)

הפקדה חד-פעמית בפוליסה מגדל קשת לפרט בלבד ש"ח _____

ה. כיסויים ביטוחיים

כיסויים ביטוחיים מתוך דמי הביטוח לתכניות מגדלור לחיים להפקדות שוטפות / מגדל קשת לפרט: בעל הפוליסה מבקש לרכוש את הכיסויים הביטוחיים המפורטים להלן מתוך דמי הביטוח לפוליסה (במקרה שילוב בין מספר פוליסות בטופס הצעה זה, עלות הכיסויים הביטוחיים תגבה מדמי הביטוח לפוליסות הנבחרות, לפי יחס דמי הביטוח השוטפים לכל אחת מהן, ובלבד ונקבעו).

אור 1 - ביטוח למקרה פטירה בדמי ביטוח משתנים מדי שנה: סמן את מסלול סכום הביטוח המבוקש

<input type="checkbox"/> מסלול ריסק יורד שכר לחישוב סכום הביטוח _____ ש"ח האחוז המבוקש משכר לצורך חישוב סכום הביטוח % _____	<input type="checkbox"/> הסכום יחושב בכל חודש על פי האחוז מהשכר כמצויין, בצמוד למדד כפול מספר החודשים שנותרו לתום תקופת הביטוח.
<input type="checkbox"/> מסלול סכום ביטוח קבוע סכום הביטוח המבוקש _____ ש"ח	<input type="checkbox"/> הסכום יחושב בכל עת על פי היוון של האחוז מהשכר כמצויין בהנחת ריבית היוון שנתית בשיעור 3.5%, ובהתייחס למספר החודשים שנותרו לתום תקופת הביטוח.
<input type="checkbox"/> ריסק משולב סכום הביטוח המבוקש _____ ש"ח	<input type="checkbox"/> כולל צבירה. <input type="checkbox"/> לא כולל צבירה*.

שחרור מתשלום פרמיות במקרה אובדן כושר עבודה ** כולל אובדן כושר עבודה חלקי דמי הביטוח משתנים כיסוי לגיל תום _____ (ניתן 60-67. ברירת המחל בהעדר הנחיות תהיה 67)

נא סמן ב-V. ההרחבות אותן ברצונך להוסיף לכיסוי הבסיסי

הגדרת עיסוק ספציפי פרנציזה.

קיצור תקופת המתנה 1 חודש 2 חודשים 1. יש לסמן רק אחת מהאפשרויות 2. לא ניתן לרכישה עם פרנציזה

* כיסויים ביטוחיים לריסק (אור 1) לריסק משולב ולא כושר עבודה עד תום תקופת הביטוח או עד גיל 67, לפי המוקדם מביניהם. (גיל - כהגדרתו בתנאי הפוליסה) ** בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באובדן כושר עבודה על 75% ממוצע השכר המבוטח ב-12 החודשים או ב-3 החודשים טרם קרות מקרה הביטוח, וכן יקוזז מסכום הפיצוי חודשי המגיע לך ממבטח אחר והכול בכפוף לאמור התנאי הפוליסה.

כיסויים נוספים** (דמי הביטוח בגין הכיסויים הנוספים יגבו מעבר לדמי הביטוח לתוכנית הביטוח הבסיסית).

שם הכיסוי הנוסף	מוות מתאונה	נכות מתאונה	מוות ונכות מתאונה (כולל ביטוח חריג טרור)
סכום הביטוח בש"ח	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**כיסויים נוספים עד גיל 65 או עד תום תקופת הביטוח, לפי המוקדם מביניהם. (גיל - כהגדרתו בתנאי הפוליסה)



011172120313211118

עמוד 3 מתוך 13 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 117

ו. מסלולי השקעה לפוליסות: מגדלור לחיים 2013 להפקדות שוטפות ומגדל קשת לפרט

החברה הנהיגה מספר מסלולי השקעות לגבי התכניות המפורטות להלן ונקבעו תנאים למסלולי ההשקעות האמורים לרבות תנאים מיוחדים, הגבלות והשלכות לשינוי המסלול בהעדר סימון תושקע ההפקדה לחסכון במסלול השקעה כללי, מסלול זה הינו מסלול המנוהל לפי שיקול דעת החברה בכפוף לתנאים כקבוע בהסדר התחיקתי. **להלן בחירתי** (יש לסמן את מסלול ההשקעה הנבחר):

בחירת מסלולי השקעה									שם הקופה
מגדל מסלול הלכה	מגדל מסלול חו"ל	מגדל מסלול מניות	מגדל מסלול שקלי קצר	מגדל מסלול אג"ח 10%	מגדל מסלול אג"ח ממשלת ישראל	מגדל מסלול אג"ח 25%	מגדל מסלול אג"ח	כללי	
<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"/>	מגדל לפרט להפקדות שוטפות
273	395	128	367	123	131	126	385	73	

<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"/>	מגדל קשת לפרט להפקדות חד פעמיות
270	397	248	367	243	231	246	387	230	

ז. מינוי מוטבים בח"י המבוטח בתום תקופת הביטוח - המבוטח. במוטב טרם תום תקופת הביטוח - כפי שיפורט להלן:*

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למבוטח	החלק היחסי בתגמולי הביטוח
					%
					%
					%
					%

* באם בעל הפוליסה הינו תאגיד או חבר בני אדם לא ניתן למנותו כמוטב או מוטב בלתי חוזר בפוליסה.

ח. הצהרת הסוכן בדבר התאמת הביטוח לצרכי המועמד לביטוח - חובה לסמן את אחת מהאפשרויות

- הריני מצהיר כי התאמתי את הביטוח לצרכי המועמד לביטוח וכי תהליך ההתאמה כלל בין היתר תתייחסות לביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשות המועמד לביטוח, לסוגי הביטוחים הרלוונטיים הקיימים בחברת הביטוח וכן לסוגי הביטוחים הרלוונטיים המשווקים על ידי.
- הריני מצהיר שבחנתי את רשימת מוצרי הביטוח הקיימים של המועמד לביטוח המונפקת באמצעות אתר הר הביטוח (לכל הפחות) ומצאתי כי:

יש לסמן את אחת מהאפשרויות

לא קיימת למועמד פוליסה עבור מקרה ביטוח דומה במגדל או בחברת ביטוח אחרת.

קיימת למועמד פוליסה עבור מקרה ביטוח דומה במגדל או בחברת ביטוח אחרת - על המועמד לאשר את הצטרפותו לתכנית נוספת בסעיף ח' או לחילופין לסמן כי **בכוונתו לבטל את הפוליסה הקיימת בסעיף ט'**

	חתימת הסוכן ★	חתימת הסוכנות	
--	---------------	---------------	--

ט. הקטנה / ביטול פוליסה / כיסוי ביטוחי שבתוקף

1. האם קיימת ברשותך פוליסה/כיסוי ביטוחי, שברצונך לבטל בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו? כן לא

2. האם קיימת ברשותך פוליסה/כיסוי ביטוחי מסוג אובדן כושר עבודה, שבכוונתך להקטין בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו? כן לא

אם ענית כי ברצונך לבטל את הפוליסה הקיימת ברשותך:

האם ברצונך כי בקשת הביטול תשלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת:

על ידך

על ידי סוכן הביטוח, יש למסור לסוכן טופס בקשת ביטול מס' 305 חתום

על ידי חברת הביטוח מגדל, יש לצרף טופס בקשת ביטול מס' 305 חתום ולציין את שם חברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת _____

הצהרת הסוכן:

הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול אל חברת הביטוח בה מתנהלת הפוליסה הקיימת שברשות המבוטח או מתחייב להעביר את הבקשה אל מגדל, למשלוח באמצעותה, לפי בחירת המבוטח.

	חתימת הסוכן ★	חתימת הסוכנות	
--	---------------	---------------	--

לתשומת לב: ככל שיקבעו לך החרגות בהליך החיתום, תשובה חיובית לשאלה מס' 1 או 2 לסעיפים שלעיל, מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת הפוליסה החדשה.

* (מחזורת 11.2018)



י. אישור המועמד/ים להצטרפות לתכנית נוספת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה

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

אישור זה מתייחס לתוכניות ביטוח למקרה מוות או שחרור מתשלום פרמיות במקרה אובדן כושר עבודה, או נכות מתאונה

	ראשי <input type="text"/>	תאריך <input type="text"/>
חתימת בן/בת זוג ★	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

יא. התחייבויות והצהרות בעל הפוליסה, המועמד לביטוח (המבוטח) והנציג

אנו הח"מ מבקשים לערוך למבוטח ביטוח בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח שנבחרה בהצעה זו והננו מצהירים ומתחייבים כדלקמן:

הצהרה בקשר להסכמה להיות מבוטח: המועמד לביטוח והנציג, לפי העניין, מאשרים את הסכמתנו להיות מבוטחים בהתאם לקבוע בהצעה זו. בחתימתם על הצעה זו מסכימים בעל הפוליסה והמועמד לביטוח לתנאי פוליסת הביטוח ככל שהם נוגעים אליהם.

הצהרה בקשר לשליטה בכספים שהופקדו ואישור העברת מידע: המועמד לביטוח והנציג, לפי העניין, מאשרים כי ידוע להם שבהתאם לתנאי הפוליסה מוקנות לבעל הפוליסה זכויות לרבות הזכות להורות על השקעת כספי החיסכון, הזכות למשיכת כספי החיסכון, הזכות לקביעת מוטבים, הזכות לקבל הודעות ודיווחים, הזכות לשנות את דמי הביטוח והכיסויים הביטוחיים וכיו"ב זכויות, הכל כקבוע בתנאי הפוליסה והם מסכימים לכך. כמו כן מאשרים המועמד לביטוח והנציג, לפי העניין, כי החברה תמסור לבעל הפוליסה את כל המידע והנתונים בקשר עם דמי הביטוח לרבות החיסכון המצטבר.

הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה: בחתימתו על ההצעה מתחייב בעל הפוליסה לשלם את דמי הביטוח כמפורט בדף פרטי הביטוח ולהעבירם לחברה במועדים קבועים בתנאי הפוליסה. בכל מקרה שבעל הפוליסה הינו תאגיד משפטי מאשר בעל הפוליסה כי החתומים מטה מוסכמים לחתום בשמו וכי חתימתו על טופס ההצעה מחייבת אותו לכל דבר ועניין.

הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה: כל התשובות, הפרטים והמידע שנמסרו במסגרת הצעה זו ו/או במסגרת הצהרת הבריאות ("המידע") הינם נכונים ומלאים. המידע כאמור הינו מהותי למבטח והוא משמש בסיס לחוזה הביטוח בדמי הביטוח ובתנאי כיסוי כפי שהוצעו, ומהווה חלק בלתי נפרד ממנו. אני מתחייב להודיע לחברה אם בעתיד יחול שינוי באלו מהמידע שנמסר וזאת מיד עם היוודע לי על דבר השינוי.

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

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות: אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ישמר במאגרי המידע של החברה כן בגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ואו מי מטעמן, 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 התאגיד).

העברת מידע בקווי תקשורת: אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התכנית ו/או אודותי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, 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 מידע סבירים שהחברה נוקטת וכל עוד החברה נוקטת באמצעי אבטחת מידע כאמור. החברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת.

הצהרה בדבר מרכיבי התכנית והתאמתם למועמד לביטוח: החברה מסרה לי כי תכניות הביטוח המשווקות על ידה מעת לעת, לרבות התכנית נשוא הצעה זו, מפורסמות באתר האינטרנט של החברה. מרכיבי התכנית הנרכשת לרבות הכיסויים הביטוחיים, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי ביטוח וגבולות אחריות עיקריים, וכן אמצעי התשלום האפשריים הובאו לידיעתי. כמו כן, נמסר לי דבר קיומם / אי קיומם של תקופת המתנה ו/או תקופת אכשרה ו/או החרגות לכיסוי הביטוחי ו/או השתתפות עצמית, גובה הנחות (במידה ישנן) והתנאים לביטול, וידוע לי כי באפשרותי לקבל מידע מפורט בעניין זה. כמו כן ידוע לי, כי קיימות בחברה תכניות ביטוח נוספות מסוגים שונים, הנבדלות מהתכנית הנרכשת בהרכב הכיסוי הביטוחי, בעלותם ובהיקפם, ואני מאשר, כי התכנית אליה אני מבקש להתקבל, 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 הנרכש ביחס לאלו שיהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התכנית נשוא ההצעה עשויים להשתנות.

הצהרה בדבר קבלת יעוץ השקעות: אני החתום מצהיר בזה כי ידוע לי שלפי חוק הסדרת העיסוק ביעוץ רשאים ליעוץ בתחום ההשקעות רק יועצי השקעות מטעם הרשות לניירות ערך. הובהר לי, כי סוכן הביטוח אינו מוסמך לתת לי יעוץ השקעות, ואני מאשר כי לא קיבלתי ממנו כל יעוץ כאמור. כן אני מאשר כי ניתנה לי האפשרות להיוועץ עם יועץ השקעות מטעמי, בדבר סוג ההשקעות וכדאיותן.

הצהרה לעניין נציג: אני הח"מ נציג המועמד לביטוח מצהיר בזאת, כי הנני הנציג על פי דין של המועמד לביטוח וכי אני מוסמך לחתום בשמו וכי חתימתי על טופס הצעה זה מחייבת אותו לכל דבר ועניין בכל מקום בטופס זה בו נאמר המועמד לביטוח לרבות נציג המועמד לביטוח.

הצהרה לעניין FATCA - החברה הודיעה לי כי אם (1) אצהיר כי אני אזרח או תושב ארצות הברית לצרכי מס או (2) אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני אזרח או תושב ארצות הברית לצרכי מס וסירבתי למלא את הטפסים לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הזיהוי שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה-FATCA.

הצהרה לעניין CRS החברה הודיעה לי כי אם 1. אצהיר כי אני תושב מדינה זרה לצרכי מס או 2. אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני תושב מדינה זרה לצרכי מס וסירבתי למלא את הטפסים לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים של והחיסכון שלי בהתאם להוראות

איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי
לתשומת ליבך, רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר 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

לידיעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

	תאריך <input type="text"/>	תאריך <input type="text"/>
תאריך <input type="text"/>	חתימת המועמד לביטוח ★	חתימת בעל הפוליסה ★



י.ב. הסכמה לפניות שיווקיות - (רשות)

אני מסכים/ לא מסכים כי המידע ישמש את החברה ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לרבות סוכן הביטוח שלי, לצורך שיווק ודיוור ישיר אודות כיוסיים ביטוחיים ומוצרים ו/או שירותים פיננסיים, 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 בטלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני mokedbi@migdal.co.il.

	חתימת המבוטח/בעל הפוליסה	תאריך
--	---------------------------------	-------

י.ג. הצהרת הסוכן

הריני מצהיר בזאת, כי שאלתי את המועמד לביטוח ובעל הפוליסה בין היתר את כל השאלות המופיעות למעלה וקבלתי מהם את כל הפרטים, המידע והמסמכים הדרושים ובין היתר את הפרטים המפורטים בטופס זה על צרופותיו וכי מסרתי להם את כל המסמכים הנדרשים כקבוע בהסדר התחיקתי וכי מסמך זה נחתם לפניי. כמין כן אני מאשר בזאת כי בדקתי את תעודת הזהות של המועמד לביטוח, וגם נציג המועמד לביטוח ובעל הפוליסה והשוויתי את הפרטים המנויים בתעודת הזהות לפרטיהם המופיעים מעלה ומצאתי כי הם זהים. אני מאשר בזאת כי בעת מילוי ההצעה / הבקשה, לא מסר לידי המועמד לביטוח / בעל הפוליסה אינדיקציות לגבי תושבות זרה או פרטים שמחייבים מילוי טופס W8.

	חתימת הסוכן	שם הסוכן	תאריך
--	--------------------	----------	-------





שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר פוליסה

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

הצהרת בריאות

טופס מספר **1**

הנחיות למילוי הטופס:
השאלון ימלא עבור כל אחד מהמועמדים לביטוח. יש לסמן כן/לא. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט אשר מספרו רשום בסוגריים וכן לצרף מידע רפואי רלוונטי לרבות תוצאות בדיקות. השאלון מנוסח בגוף זכר יחיד לשם הנוחות, אך מיועד לשני המינים.
על כל מועמד שגילו 65 ומעלה לצרף תמצית רפואית המתייחסת למצבו הרפואי וכוללת את הפרטים הבאים לפחות: ניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו בחמש השנים האחרונות.

חלק א' - פרטים כלליים

מועמד ראשי לביטוח:

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	גובה (ס"מ)*	משקל (ק"ג)*
			* נדרש למלא מגיל 10 ומעלה	
שם קופת החולים: <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> לאומית				

מועמד שני לביטוח:

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	גובה (ס"מ)*	משקל (ק"ג)*
			* נדרש למלא מגיל 10 ומעלה	
שם קופת החולים: <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> לאומית				

חלק ב'

רקע רפואי ואורח חיים:

שאלה	מבטח ראשי		בן / בת זוג	
	כן	לא	כן	לא
1 האם יש לך עיסוקים/תחביבים/אורח חיים עם סיכון מיוחד? אם כן, צרף שאלון תחביבים/מקצועי או מבקשים להסב את תשומת לבך לרשימת פעילויות של ספורט אתגרי אשר מוחרגות מתכנית הביטוח ואינן מכוסות. הרשימה מופיעה באתר החברה בדף מוצר הביטוח ומתעדכנת מעת לעת. ההחלטה תהיה נכונה למועד קרות מקרה הביטוח. הננו ממליצים לבדוק את רשימת החרגות לספורט אתגרי מעת לעת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק לרבות סיגריות אלקטרוניות) אם כן ציין מס' סיגריות/פעמים שמעשן ביום: מבטח ראשי _____ בן/בת זוג _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ- 2 כוסות אלכוהול ליום? (22)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר? (22)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע? (21)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 האם ב- 5 השנים האחרונות אושפזת ו/או עברת ניתוח ו/או האם יעצו לך לעבור ניתוח? (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 האם ב- 5 השנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית ו/או פולשנית ו/או בדיקת הדמיה ונמצא בה ממצא שהצריך ברור/מעקב רפואי? אם כן צרף את תוצאות הבדיקות ופרט: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 האם נקבעה לך נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות ו/או מתעתד להגיש תביעה לנכות מכל סוג? (23)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



011130010713050918

עמוד **7** מתוך 13 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 113

האם במהלך חיך אובחנו מומים/ הפרעות באחד או יותר מהאיברים/או המערכות הבאים/או חלית באחת המחלות הבאות?		מבוטח ראשי		בן / בת זוג	
		לא	כן	לא	כן
1	מערכת העצבים, המוח/או הפרעות התפתחויות: לרבות אפילפסיה (4), אירוע מוחי, גידול מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, רעד, פרקינסון, שיתוק, פוליו, אספרגר, אוטיזם, הפרעות קשב וריכוז, סחרחורת והתעלפויות. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	נפש: לרבות דיכאון (13), חרדות, תסמונת פוסט טראומטית. האם אובחנת כחולה במחלת נפש?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני (24).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	מערכת ריאות ודרכי נשימה (1): לרבות אסטמה, ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות, שחפת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	מערכת הראיה (11): לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 7, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	מערכת אף אוזן וגרון: לרבות ירידה בשמיעה (12), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טינטון, פוליפים, פגיעה במיתרי הקול.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	מערכת הלב/הלחץ דם (2), (28), כלי דם (14): לרבות יתר לחץ דם, כאבים בחזה, התקף לב, אי ספיקת לב, מום מולד בלב, הפרעות קצב, איוושה, פגיעה במסתמים, טרומבוזה, תסחיף ריאתי, מפרצת אאורטה, ורידים מורחבים, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים. האם עברת צנתור?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	בקע ומערכת העיכול (6), (29): לרבות בקע/שבר/הרניה מכל סוג שהוא, ריפלוקס (החזר וושטי), קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, רקטוצלה, הפטיטיס/צהבת, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בדרכי המרה/או כיס מרה, דלקת בלבלב (פנקריאטיטיס).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	מערכת כליות ודרכי שתן (15): לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה או מום אחר, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות חוזרות, דם/ואו חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית (16).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	מחלה מטבולית, הורמונאלית (אנדוקרינולוגיה): לרבות סוכרת (7), שומנים בדם (9), שיגדון (גאוס), גושה, FMF (18), בלוטת התריס/המגן (8), יותרת המגן/ התריס, יותרת המח (פרולקטינומה/ פרולקטינימה), הפרעות בגדילה (8).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות (25): לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת הדם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון, איידס/ נשאות, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	מערכת השלד, השרירים, מפרקים (10), (19), בעיות ברכיים (17): לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/ רצועות, כאבי גב (5), בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן (אוסטיאופורוזיס/ אוסטיאופניה), פרטס, מחלת מפרקים ניוונית (אוסטואורטרואיטיס), דלקת מפרקים שגרנית (ראומטיד ארטיטיס), לופוס (זאבת), פיברומיאלגיה, תסמונת התשישות הכרונית, סקלרודרמה.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	מערכת עור ומין (26): לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, צלקות, נגע/ואו גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/ קונדילומה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	מערכת הרבייה (27): נשים: לרבות גוש בשד/ אבצס בשד, דימומים בלא קשר לווסת החודשית, רחם שרירי, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, הפלות חוזרות, צניחת רחם/ואו הנרתיק, בעיות פרייון, האם את כעת בהריון? גברים: גוש בשד/ אבצס בשד, בעיות פרייון, אשך טמיר, גידול באשך, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

הערות: _____

חלק ד' - הצהרות

הצהרה זו תחול ותחייב כל אחד מהמועמדים לביטוח שנכללים בהצעה זו (לרבות בן / בת זוג, אם נכללו). אני הח"מ, המועמד הראשי לביטוח וכל אחד מהמועמדים הנכללים בהצעה, מצהיר ומאשר בזאת:

1. (א) כל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. (ב) אם אדרש לכך על ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בדיקה רפואית על ידי רופא החברה והתשובות שתימסרה על ידי רופא החברה תחשבה כחלק בלתי נפרד מהצהרותי. (ג) קבלה לביטוח: ידוע לי כי הסכמת החברה לקבל אותי או כל אחד מהמועמדים 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 רלבנטי ורק עם סיומו תודיע לי החברה אם קיבלה או לא קיבלה את ההצעה. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.

2. ויתור על סודיות רפואית: אני הח"מ נותן 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, מכון מור, ובתי החולים האחרים, מרפאות בריאות הנפש, בית החולים גהה, המוסד לביטוח לאומי לרבות מידע על תשלומים ששילם ומשלם לי. לחברות הביטוח לקרנות הפנסיה (לרבות המבקש, לפי העניין), שלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, מנהל האוכלוסין ומשרד הפנים, למסור ל"מגדל חברה לביטוח בע"מ" ו/או "למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ" ("המבקש"). את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאות ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד. וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותם והקשורים למצבי הרפואי. הנני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כאמור ולא תהינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור. כן אני מייפה את המבקש לאסוף כל מידע שיראה בעיניו חשוב בקשר למצב בריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על פי תכניות הביטוח. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עוזבני 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.

השימוש במידע יעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
חתימת מועמד שני לביטוח ★	חתימת מועמד לביטוח / נציג המועמד לביטוח ★	תאריך	
הצהרת סוכן הביטוח/עד לחתימה:			
אני הח"מ מאשר בזאת כי המועמד לביטוח חתם בפני:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
חתימת הסוכן / עד לחתימה ★	מספר רישיון סוכן	שם פרטי ומשפחה	תאריך



הוראה לחיוב חשבון - ביטוח חיים, בריאות, פנסיה

טופס מספר **5**

שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר סוכן

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

שם הבנק	מספר סניף	מספר בנק	יישוב	כתובת הסניף (רחוב)	מספר בית	ת"ד	מיקוד
				מספר פוליסה / תכנית			
				קוד מוסד			
				00602			
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
9.	10.						

הרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות

הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב ש"ח _____

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 (בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק):

מספר זהות / ח"פ	שם משפחה / שם חברה	שם פרטי	יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מספר בית	ת"ד	מיקוד
-----------------	--------------------	---------	-------	---------------------	----------	-----	-------

- נותנים לכם בזה הוראה להקים בחשבונו/נו הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוטב לרבות חיובי הוצאות עקב אי כיבוד הוראת קבע בגין הפוליסות הנ"ל, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
- כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:
 - על/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.
 - 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.
 - היה/נהיה רשאי/ים לבטל חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידי/נו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
 - אחיה/נהיה רשאי/ים לדרוש מהבנק בהודעה בכתב לבטל חיוב אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
- הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שביני/נו לבין המוטב.
- הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שביני/נו לבין הבנק.
- הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע ל/נו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
- אני/אנו מסכימים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבע מעת לעת ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ / או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ עפ"י תנאי הפוליסה/ות / התכנית/ות ותוספותיה/ן.

תאריך	חתימת בעלי החשבון
-------	-------------------

אישור הבנק לכבוד **מגדל חברה לביטוח בע"מ** ת.ד. 3063 פ"ת מיקוד 4951106
לכבוד **מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ** ת.ד. 3778 פ"ת מיקוד 4951106

קיבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו 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. דל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב ע"י בעלי החשבון או כל עוד לא הוצאו/ בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד מוסד	מספר פוליסה / תכנית
		סניף	00602	
		בנק		

תאריך	חתימת בעלי החשבון
-------	-------------------

תשלום בכרטיס אשראי בהוראת קבע (לא ניתן לשלם באמצעות כרטיס אשראי החזרי הלוואה)

בעל כרטיס אשראי				אני מר/גברת:			
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	סוג הכרטיס	מספר הכרטיס	בתוקף עד	מספר זהות	שם משפחה

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסת ביטוח חיים/בריאות / פנסיה. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה למגדל חברה לביטוח בע"מ / או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת האשראי לרבות חיובי הוצאות עקב אי כיבוד הוראת קבע בגין הפוליסות הנ"ל. הנני מסכים כי הסדר זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח / או לקרן הפנסיה 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 אשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח/קרן הפנסיה.

תאריך	חתימת בעלי החשבון
-------	-------------------

מגדל חברה לביטוח בע"מ
מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ



011120050913211118

עמוד 9 מתוך 13 דפים

קוד מסמך: 112

(מהדורה 11.2018)



תאריך מילוי

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

טופס הכר את הלקוח ליחיד

טופס מספר **2705**

חלק א' - פרטי הלקוח

1. פרטי מבוטח / עמית

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות / דרכון

2. מצב משפחתי

רווק
 נשוי
 גרוש
 אלמן
 ידוע בציבור

3. מעמד תעסוקתי

3.1 מהו מעמדך התעסוקתי כיום: (יש לסמן אפשרות אחת בלבד)

שכיר
 עצמאי
 בשירות סדיר/לאומי
 סטודנט
 אברך
 גמלאי/ פנסיונר
 לא עובד

3.2 פרטים על משלח היד/תחום העיסוק:

משלח יד / מקצוע	עיסוק / מקום עבודה נוכחי

במידה והלקוח הינו עצמאי - תחום העיסוק של העסק:

3.4 תחום העיסוק של העסק _____ 3.5 מחזור הכנסות שנתי _____

4. מאפיינים נוספים - נא ענה על השאלות מטה:

4.1 האם הנך "תושב חוץ"? כן לא

4.2 אם התשובה לשאלה 4.1 לעיל היא "כן", נא פרט את מדינת האזרחות / תושבות שלך:

ארץ אזרחות (אפשר לציין יותר ממדינה אחת): _____

ארץ תושבות (אפשר לציין יותר ממדינה אחת): _____

4.3 אם התשובה לשאלה 4.1 לעיל היא "כן", נא פרט מה הזיקה שלך לישראל:

מנהל עסקים בישראל (עסק/ סניף/ לקוחות/ ספקים)
 מבקר בישראל בתדירות גבוהה לצורך עניינים משפחתיים/ לימודים/ פנאי
 מתגורר בישראל
 אחר: _____
 אין זיקה לישראל, אך פותח פוליסה/חשבון בישראל כי: _____

"תושב חוץ" = מי שנמצא בישראל אך אינו אזרח ישראלי או לא נמצא על פי אשרת עולה או תעודת עולה, או לא נמצא על פי רישיון לשיבת קבע.

5. היות של המבוטח "איש ציבור" או בעל זיקה ל"איש ציבור" - נא ענה על השאלות מטה:

תחום עסקי	קרבה	מדינה	תפקיד	נא ענה האם הנך או אחת מהיחידות המפורטות מטה הינם "איש ציבור" אם התשובה לאחת מהשאלות היא "כן" התייחס לעמודות משמאל
				5.1 הנך <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
				5.2 בן משפחתך <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
				5.3 שותף עסקי <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

אם התשובה לשאלה 5.3 לעיל היא "כן", בגלל שהנך שותף עסקי של תאגיד בשליטת איש ציבור?

5.4 שם התאגיד _____ 5.5 ח"פ תאגיד _____

"איש ציבור" = בעל תפקיד ציבורי בכיר, בעבר או בהווה, אשר מונה לתפקיד מטעם מדינת ישראל או מדינה אחרת, ובין אם כיהן/מכהן בתפקיד בישראל או במדינה מחוץ לישראל;

"תפקיד ציבורי בכיר" - לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר מפלגה בכיר, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושא משרה בכיר בחברה ממשלתית, בעל תפקיד קבוע בארגון בין-לאומי או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;

"בן משפחה" = בן זוג וכן אח, הורה, הורה הורה, צאצא או צאצא של בן הזוג, או בן זוג של כל אחד מאלה.

"שותף עסקי" - שותף עסקי שהינו יחיד או בן משפחתו או שותף עסקי שהינו תאגיד או בעל שליטה בתאגיד

6. סירוב לפתוח חשבון

האם גוף מוסדי או בנק אחר סירב לפתוח לך פוליסה/חשבון מסיבות של יישום הוראות איסור הלבנת הון? כן לא

במידה וכן, פרט את הסיבה _____

חתימת הלקוח



0100027051013280818

עמוד 10 מתוך 13 דפים

מגדל חברת לביטוח בע"מ
מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מסמך: 1161



תאריך מילוי

טופס הכר את הלקוח ליחיד חלק ב' - פוליסה / חשבון

7. פעילות מתוכננת פוליסה / חשבון

אופי החשבון המנוהל:

7.1	אם אופן ההפקדות הצפוי הינו "חד פעמי", האם צפויות הפקדות נוספות?	כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
7.2	אם אופן ההפקדות הצפוי הינו "שוטף", מה תדירות ההפקדות הצפויה?	שוטף חודשי <input type="checkbox"/>	שוטף רבעוני <input type="checkbox"/>
7.3	מה היקף ההפקדות הצפוי?	עד 10,000 ₪ בשנה <input type="checkbox"/>	בין 10,000-50,000 ₪ בשנה <input type="checkbox"/>
7.4	מה אופן הפדיון/המשיכה הצפוי?	חד פעמי <input type="checkbox"/>	לשיעורין <input type="checkbox"/>
7.5	מה תקופת החיסכון הצפויה?	עד 3 שנים <input type="checkbox"/>	בין 3-5 שנים <input type="checkbox"/>
7.6	האם צפויה פעילות מול חשבון בחו"ל?	כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
7.7	אם התשובה לשאלה 7.6 היא כן, פרט מול איזה/ו מדינה/ות: _____		

8. מטרת פוליסה/חשבון

מה מטרת הפוליסה/חשבון שלך (אפשר לסמן יותר ממקור אחד):

<input type="checkbox"/>	רכישת דירה	<input type="checkbox"/>	רכישת רכב	<input type="checkbox"/>	ניהול כספים
<input type="checkbox"/>	לימודים	<input type="checkbox"/>	חופשה	<input type="checkbox"/>	חסכון במכשיר עם הטבות מס
<input type="checkbox"/>	חיסכון לילד	<input type="checkbox"/>	חתונה	<input type="checkbox"/>	אחר: _____
<input type="checkbox"/>	בר/בת מצווה				

9. מקור כספי ההשקעות ומקור ההכנסה

9.1 אם אופן הפקדה "חד פעמי", מהו מקור כספי החיסכון (אפשר לסמן יותר ממקור אחד):

<input type="checkbox"/>	חסכונות שנצברו במהלך השנים	<input type="checkbox"/>	ירוושה	<input type="checkbox"/>	פיצוי פרישה/מענק חד פעמי ממקום העבודה
<input type="checkbox"/>	רכוש מניב/רווחים	<input type="checkbox"/>	מתנה	<input type="checkbox"/>	מכירת נדל"ן/עסק
<input type="checkbox"/>	ביטוח לאומי/תגמולי ביטוח	<input type="checkbox"/>	מכירת רכב	<input type="checkbox"/>	מכירת רכוש ייחודי
<input type="checkbox"/>	רווח מעסקים				

9.2 האם אחד ממקורות הכספים שמנית בשאלה 9.1 התקבל בחו"ל?

כן לא ואיזה מדינה _____

"רכוש ייחודי" = חפץ אומנות/כלי קודש/כלי תחבורה לרבות כלי שיט או כלי טיס, אבנים ומתכות יקרות, ניירות ערך, נכסי שלא ניידים, עתיקות, שטיחים.

10. קיומו של נהנה בחשבון

נא ענה על השאלות מטה:

10.1	האם הכספים בחשבון מוחזקים בעבור אדם אחר שאינו אתה?	כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
10.2	האם הינך מבצע את הפעילות בעבור אדם אחר שאינו מקבל שירות?	כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
10.3	האם אדם אחר שאינו מקבל שירות מכוון את הפעילות בחשבון?	כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>

"מקבל שירות" - בעל פוליסה, מבוטח, עמית, מי שכרת את חוזה הביטוח החיים, מי שפתח את החשבון, מיפנה כוח, מוטב למקרה חיים או לאחר פטירת המבוטח - מוטב למקרה מוות, עושה פעולה מזדמן או לווה שאינו עמית או מבוטח.

חתימת
הלקוח



0100027051113280818

עמוד 11 מתוך 13 דפים

מגדל חברת לביטוח בע"מ
מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מסמך: 1161



תאריך מילוי

טופס הכר את הלקוח ליחיד חלק ג' - ישות נוספות בפוליסה / חשבון

11. חשבוניות נאמנות

אם התשובה לאחת משאלות 10 הינה "כן" או אם קיים נהנה בחשבון יש לענות על שאלה 11.

מה סוג הנאמנות? הקדש מינוי על פי צו שיפוטי אפוסטרופוסות טבעית מינוי על פי הסכם בכתב

12. נא ענה ביחס למוטב למקרה מוות (להלן - "הישות")

יש למלא חלק זה רק אם המבוטח תושב חוץ וקיימת ישות בפוליסה שהינה מוטב למקרה מוות ביחס לאותה ישות.

תחום עסקי	קרבה	מדינה	תפקיד	נא ענה האם מוטב למקרה מוות או אחת מהישויות המפורטות מטה הינם "איש ציבור" או התשובה לאחת מהשאלות היא "כן" התייחס לעמודות משמאל
				12.1 הישות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
				12.2 בן משפחתו <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
				12.3 שותפו העסקי <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
אם התשובה לשאלה 12.3 לעיל היא "כן", בגלל שהישות שותף עסקי של תאגיד בשליטת איש ציבור?				
12.4 שם התאגיד			12.5 ח"פ תאגיד	

"איש ציבור" = בעל תפקיד ציבורי בכיר, בעבר או בהווה, אשר מונה לתפקיד מטעם מדינת ישראל או מדינה אחרת, ובין אם כיהן/מכהן בתפקיד בישראל או במדינה מחוץ לישראל;
 "תפקיד ציבורי בכיר" - לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר מפלגה בכיר, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושא משרה בכיר בחברה ממשלתית, בעל תפקיד קבוע בארגון בין-לאומי או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;
 "בן משפחה" = בן זוג וכן אח, הורה, הורה הורה, צאצא או צאצא של בן הזוג, או בן זוגו של כל אחד מאלה.
 "שותף עסקי" - שותף עסקי שהינו יחיד או בן משפחתו או שותף עסקי שהינו תאגיד או בעל שליטה בתאגיד.

13. נא ענה ביחס למוטב למקרה חיים או נהנה (להלן - "הישות")

יש למלא חלק זה רק אם המבוטח תושב חוץ וקיימת ישות בפוליסה שהינה מוטב למקרה חיים או נהנה ביחס לאותה ישות.

תחום עסקי	קרבה	מדינה	תפקיד	נא ענה האם מוטב למקרה חיים או נהנה או אחת מהישויות המפורטות מטה הינם "איש ציבור". אם התשובה לאחת מהשאלות היא "כן" התייחס לעמודות משמאל.
				13.1 הישות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
				13.2 בן משפחתו <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
				13.3 שותפו העסקי <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
אם התשובה לשאלה 13.3 לעיל היא "כן", בגלל שהישות שותף עסקי של תאגיד בשליטת איש ציבור?				
13.4 שם התאגיד			13.5 ח"פ תאגיד	

"איש ציבור" = בעל תפקיד ציבורי בכיר, בעבר או בהווה, אשר מונה לתפקיד מטעם מדינת ישראל או מדינה אחרת, ובין אם כיהן/מכהן בתפקיד בישראל או במדינה מחוץ לישראל;
 "תפקיד ציבורי בכיר" - לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר מפלגה בכיר, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושא משרה בכיר בחברה ממשלתית, בעל תפקיד קבוע בארגון בין-לאומי או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;
 "בן משפחה" = בן זוג וכן אח, הורה, הורה הורה, צאצא או צאצא של בן הזוג, או בן זוגו של כל אחד מאלה.
 "שותף עסקי" - שותף עסקי שהינו יחיד או בן משפחתו או שותף עסקי שהינו תאגיד או בעל שליטה בתאגיד.

חתימת
הלקוח



0100027051213280818

עמוד 12 מתוך 13 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ
מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מסמך: 1161

טופס הכר את הלקוח ליחיד

חלק ד' - שאלות נוספות

אין למלא חלק זה, אלא אם כן נדרש מפורשות בהתאם להנחיות הגוף המוסדי

14. מקור כספי ההשקעות ומקור ההכנסה

14.1 מה מקורות ההכנסה שלך (אפשר לסמן יותר ממקור אחד):

- שכר עבודה
 פנסיה
 דיבידנד
 תגמולים ממקורות אחרים
 תקבולים מעסק
 ריבית מחסכונות
 השקעות
 שכ"ד/נדל"ן מניב
 אחר: _____
 ביטוח לאומי/תגמולי ביטוח

14.2 גובה הכנסה ברוטו:

- עד 10,000 ₪
 בין 10,000-15,000 ₪
 בין 15,000-30,000 ₪
 מעל 30,000 ₪

יתכן כי במידה וימצא צורך בהתאם לניהול סיכונים הלבנת הון תדרש להמציא אסמכתאות נוספות.

הריני מאשר את נכונות הפרטים שמסרתי לעיל.

חתימת
הלקוח

