



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.		

מספר הסכמ	מספר הסוכן	מספר פוליסה
שם הסוכן		שם המפקח

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

הצעה לביטוח סיעוד ומחלות קשות

השימוש בטופס זה הינו לזמן מוגבל בלבד, כפי שיקבע ע"י החברה

טופס מספר **398**

א. פרטי המועמדים לביטוח										
השאלה					מועמד ראשי		בן/בת זוג			
					כן	לא	כן	לא		
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"/>		
מבטוח	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	1 ילד				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ					
	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					
* חובה למלא רק במקרה בו הנציג אינו מועמד לביטוח. בכל מקרה שלא נרשמו פרטי הנציג, ישמש המועמד הראשי כנציג לקבלה או מתן הודעות בפוליסה.										
פרטי הנציג**/וכתובתו		יישוב		(כתובת מגורים) רחוב		מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד	מס' טלפון
				דואר אלקטרוני		מס' טלפון נייד				
<input type="checkbox"/> אני מסכים / <input type="checkbox"/> אני לא מסכים: לקבל את הפוליסה ומידעים בקשר אליה, כולל הודעות על חידוש והודעות בקשר לניהולה השוטף באמצעות דוא"ל:										

פרטים נוספים						
מועמד	מצב משפחתי	שם קופת חולים				מוטבים
		מכבי	כללית	מאוחדת	לאומית	
ראשי	<input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	היורשים על פי הדין באפשרותך למנות מוטבים אחרים, באמצעות טופס מס' 568 הוראה למינוי מוטבים, שעליך למלא ולשלוח למגדל.
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ילדים		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

אופן תשלום דמי הביטוח	
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 מס' 599.	

ב. סיעוד - מגדל דואגים למחר			
התכנית	מגדל דואגים למחר		מבטוח
	מסלול משלים	תקופת המתנה 45 ימים	
	מגדל דואגים למחר + (1)	מגדל דואגים למחר	
	תקופת המתנה 60 חודשים	תקופת המתנה 36 חודשים	
	סכום פיצוי חודשי בש"ח	תקופת פיצוי בשנים	
ראשי	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 5	כל החיים	ש"ח
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 5	כל החיים	ש"ח
ילדים מגיל 3	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 5	כל החיים	ש"ח

הערות: (1) סכום הפיצוי במגדל דואגים למחר+ הינו סכום הפיצוי בבית. במוסד ישולם סכום כפול. (2) יש לרכוש למועמד סיעוד ו/או מזור מורחב, במקרה בו מבקשים לרכוש אחד או יותר מכתבי השירות.

ה. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול לחוד על מבטוח (מבוגר), על בן/בת זוג ועל כל אחד מן הילדים המבטוחים									
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
		אורח חיים ורקע רפואי							
		גובה בס"מ				לילדים מגיל 10 בלבד			
		משקל בק"ג							
		1 האם ב-5 השנים האחרונות:							
		א. עברת בדיקה רפואית אבחנתית לרבות בדיקת הדמיה ו/או בדיקה פולשנית ונמצא בה ממצא שהצריך ברור/מעקב רפואי ו/או הינך נמצאת/ת כיום במהלך של בדיקות רפואיות אלו שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית בגינך?							



014943980104010916

עמוד מספר **1** מתוך 4 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך 494 / 113



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מבוטח ראשי

ה. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול לחוד על מבוטח (מבוגר), על בן/בת זוג ועל כל אחד מן הילדים המבוטחים - המשך

שם ילד 4	שם ילד 3		שם ילד 2		שם ילד 1		סמן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים) אורח חיים ורקע רפואי	בן/בת זוג		מועמד ראשי	
	לא	כן	לא	כן	לא	כן		לא	כן	לא	כן
							ב. הנך נוטל/ת או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע או הינך נמצא/ת כעת במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית? [21]				
							ג. נפצעת מתאונה [10] או אושפזת בבית חולים כתוצאה ממחלה או תאונה? [3] או נקבעה לך נכות קיימת זמנית או קבועה ו/או מוגבל ו/או נעזר באדם אחר בביצוע הפעולות היומיומיות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים או ללכת?				
							האם אתה מעשן או עישנת במהלך 3 השנים האחרונות? אם כן ציין מס' סיגריות שמעשן / עישנת ביום: _____	2			
האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחת או יותר מהמערכות / נושאים הבאים:											
							מחלות לב, מחלות דם [2] ו/או מחלות בכלי הדם [14]	1			
							איספיקת כליות או מחלות כליה אחרות או מחלות בדרכי השתן [15] [16]	2			
							מחלות ריאה ודרכי הנשימה [1]	3			
							דרכי עיכול, מחלות כבד [6], צהבת	4			
							סוכרת [7]	5			
							איידס ו/או נשאות HIV, זאבת?	6			
							מערכת החושים: הפרעות בראייה (עדשה 8 ומעלה) [10] או חרשות [12]	7			
							מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני? [24]	8			
							מחלות העצבים, מוח לרבות אפילפסיה [4], פרקינסון, טרשת נפזה, שיתוק, פוליו, פיגור שכלי, תסמונת דאון, אוטיזם, מחלה ניוונית או עברת בעבר אירוע מוחי (CVA, TIA)?	9			
							האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב-3 שנים האחרונות?	10			

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

- רכישת התכנית/ות המבוקשת/ות גם במקרה בו נדרש עקב הליך החיתום לשלם תוספת חיתומית על דמי הביטוח בגובה של עד 100% בגין _____.
- 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 בהחלטות אחרות ו/או נוספות לכיסוי הביטוחי בגין מצבי הבריאותי, במקרה זה תשלח אלי הודעה בתום הליך החיתום.
- יודגש כי אין חובה לחתום על אישור תנאי קבלה מראש. ניתן לבחירתך, להגיש לחברה את טופס ההצעה ללא חתימה מטה על סעיף זה. במקרה זה, בתום הליך החיתום יישלח טופס אישור תנאים לחתימתך, כתנאי להפקת הפוליסה.

ז. הצהרות (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי) - בהסכמתך לעריכת הביטוח הנך מצהיר, מתחייב ומסכים, להצהרות שלהלן:

- כל התשובות והמידע שמסרת ותמסור בהצעה ובהצהרת הבריאות הנ כוננות ומלאות, וישמשו בסיס לעריכת הביטוח ויהוו חלק מהפוליסה.
- לאחר בירור צרכי המועמד/ים לביטוח נמצאה התוכנית המבוקשת מתאימה.
- אני מסכים כי המידע אודותיי ישמש את החברה ו/או חברות מ"קבוצת מגדל" ו/או מטעמן, לצורך עדכוני בדיוור ישיר אודות כיוונים ביטוחיים ומוצרים או שירותים פיננסיים ואחרים ולפניהם בהצעה לרכישתם.
- למגדל רשות לדחות את ההצעה או לקבלה בהתאם לסיכון הביטוחי, להוראות הדין והפוליסה. ככל שתתקבל לביטוח, הוא ייכנס לתוקף במועד המפורט בדף פירטי הביטוח.
- ידוע לי שניתן לבטל את תוכנית/יות הביטוח או כל אחת מהן בכל עת בכפוף להודעה בכתב לחברה. בקשה לשינוי או לביטול הפוליסה, צריכה להיות מועברת למגדל בכתב בלבד. החברה לא יכולה להתנות ביטול תוכנית אחת באחרת, אלא במקרה של ביטול תוכנית/ות נוספת/ות המצורפת/ות כנספח לתוכנית יסודית שבוטלה או במקרה של ביטול כל התוכניות היסודיות.
- לתכנית מסוג מחלות קשות ו/או כתיב שירות: תקופת הביטוח הינה כנקוב בדף פרטי הביטוח. חידוש הפוליסה ביום 1.6.2018 ובכל שנתיים לאחר מכן, יעשה, בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי, באותם תנאים או בתנאים שונים, ובפרמיה שתקבע ע"י החברה במועד החידוש.
- פוליסה/ות קיימת/ות בביטוח רלוונטי:

ראשי	בן/בת זוג		ילדים	
	לא	כן	לא	כן
<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 בכוונתך לבטל או להקטין את היקף הכיסוי בפוליסה/ות הקיימת/ות? אם התשובה לשאלה ב' היא "כן"

ג. האם ברצונך לשלוח בקשה לביטול הפוליסה הקיימת באמצעות מגדל או סוכן הביטוח? לא כן, במקרה זה יש לצרף לטופס ההצעה טופס ביטול (מס' 305) חתום.

ח. הצהרות הסוכן - אני מאשר כי:

- אני מאשר כי שאלתי את החותמים הנ"ל את כל השאלות בטופס הצעה זה, התשובות הנן כפי שנמסרו לי עליידי ולאחר שהצגתי בפניהם את טופס גילוי נאות הם חתמו לעיל.
- במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח והצעתי להם ביטוח המותאם את צרכיהם.
- למיטב הבנתי כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף: כן לא.
- ברכישת ביטוח סיעוד אני מאשר כי הצגתי למועמדים לביטוח את לוח הפרמיות ואת ערכי הסילוק של תכנית הסיעוד המבוקשת בטופס זה.
- במקרה של הצעה לרכישת תכנית סיעוד במסלול משלים - הצגתי בפני המועמד לביטוח את ההצהרה בנוגע לרכישת פוליסה לביטוח סיעודי עם תקופת המתנה בת 36 או 60 חודשים והמועמד לביטוח אישר לי מפורשות כי הבין את משמעות ההצהרה וקי הוא מסכים לאמור בה.

תאריך _____ חתימת הסוכן _____



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

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 לרכישת ביטוח סיעודי במסלול משלים. יש לסמן את תקופת המתנה, כפי שצויין גם בהצעה לביטוח.

א. הצהרת המועמד הראשי

אני מודע לכך כי במהלך כל תקופת המתנה 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"/>
חתימה *	שם המועמד	תאריך

ב. הצהרת בן / בת זוג

אני מודע לכך כי במהלך כל תקופת המתנה 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"/>
חתימה *	שם המועמד	תאריך

ג. הצהרה עבור הילדים

אני מודע לכך כי במהלך כל תקופת המתנה 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"/>
חתימת המועמד הראשי / הנציג *	שם המועמד	תאריך





טופס הוראת תשלום דמי הביטוח

טופס מספר 599

יש לבחור באחד מאמצעי הגבייה שלהלן:

תשלום בכרטיס אשראי / באמצעי גבייה בפוליסה קיימת

למבוטח מגדל בלבד: אבקש לגבות את הפרמיה עפ"י אמצעי תשלום בפוליסה מס' _____ ובתנאי שאני המשלם.

כרטיס אשראי - (בחר את סוג הכרטיס המתאים): ויזה ישראלכרט דינרס אמריקן אקספרס לאומי קארד

מספר הכרטיס	שם בעל הכרטיס	תוקף הכרטיס	מספר זהות בעל 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 חייבים 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 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 המועמדים לביטוח _____.

תאריך _____

חתימת בעלי החשבון ★

תשלום בהוראת קבע

שם הבנק	מספר סניף	מספר בנק	יישוב	כתובת הסניף (רחוב)	מספר בית	ת"ד	מיקוד
מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מוסד	מספר פוליסה / תכנית				
		00602					
<input checked="" type="checkbox"/> הרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות		<input type="checkbox"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות 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 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 בחשבוני/נו הני"ל הרשאה לחיוב חשבוני/נו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוטב, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
- כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:
 - עלי/נו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים לחילוי 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.
 - אחיה/נהיה רשאים 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 רשאים 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 שבינינו 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 שבינינו לבין הבנק.
 - הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
 - אני/אנו מסכים/ים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י מגדל חברה לביטוח בע"מ ע"פ 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

קיבלנו הוראות מ- _____, לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבונו/נכם 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 ואו אחרת לביצוע, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצאו/ו בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפיו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידיכם.

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

תאריך _____

חתימת חותמת הסניף ★

בנק _____



011125990404010916