



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 להוספת נספחים וכתבי שירות לפוליסה קיימת

טופס מספר 124

מגדל בריאות

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"/>

מבטח	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	1				<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. בעת הוספת כיסוי לפוליסה קיימת (בה קיים נציג), הוא ישמש כנציג גם לגבי התכניות המבוקשות להלן.
	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 הנציג* וכתובתו	יישוב	(כתובת מגורים) רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד
						מספר טלפון
						מס' טלפון נייד

אני מסכים אני לא מסכים: לקבל את הפוליסה ומידעיים בקשר אליה, כולל הודעות על חידוש והודעות בעקש לניהולה השוטף באמצעות דוא"ל.

ב. התכנית המבוקשת

התכנית	בכפוף למילוי הצהרת בריאות						נספחים וכתבי שירות				
	מבטח	תרופות	השתלות	נספח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	שיקום ואביזרים רפואיים	לילד	הרחבה לאמבולטורי	ייעוץ ובדיקות אבחנתיות - אמבולטורי	אבחון מהיר ושירותים בעת אשפוז	קונסיליום משלימה	רפואה
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	<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"/>

ד. 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 נכונות ומלאות, וישמשו בסיס לעריכת הביטוח ויהוו חלק מהפוליסה.
- לאחר בירור צרכי המועמד/ים לביטוח נמצאה התוכנית המבוקשת מתאימה.
- נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, הפרמיה ותקופת הביטוח.
- הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות**
אני מאשר שהמידע שמסרת במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמת, 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, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע שמסרת ימסר לסוכן הביטוח/בעל רישיון לצרכי שירות לגורמים נוספים כמתחייב בדיון (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגיד).
- למגדל רשות לדחות את ההצעה או לקבלה בהתאם לסיכון הביטוחי, להוראות הדין והפוליסה. ככל שתתקבל לביטוח, הוא יכנס לתוקף במועד המפורט בדף פרטי הביטוח.
- ידוע לי שניתן לבטל את תוכנית/ות 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 שבטולה או במקרה של ביטול כל התוכניות היסודיות.
- איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי: רשות שוק ההון ביטוח וחסכון ("הרשות") במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז 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
- לידיעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
- לרכישים השתלות ו/או תרופות, ביטול תכנית יסודית אחת עשויה לגרום לביטול הנחה שניתנה בתכנית/ות יסודית/ות אחרת.
- 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:

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	
<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"/>

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

ג. 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:

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



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

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

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)	בן/בת זוג		מועמד ראשי		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן		לא	כן	לא	כן	
אורח חיים													
גובה בס"מ _____ משקל בק"ג _____ לילדים מגיל 10 בלבד													
א. האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק) אם כן ציין מס' סיגריות / פעמים שמעשן ביום _____												1	
ב. אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות? _____													
האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום? (22)												2	
האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר? (22)												3	
רקע רפואי													
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 ברוח/מעקב רפואי או הנך נמצאת/ת כיום במהלך של בדיקות רפואיות אלו שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית בניגון? אם כן, אנא פרט וצרך את תוצאות הבדיקות.												3	
האם נקבעה לך נכות ו/או הינך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות? (23)												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	
פירוט המחלות לפי מערכות - האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חייהם מומים/מחלות/הפרעות באחת או יותר מהמערכות הבאות?													
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, סחרחורות והתעלפויות. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות? (4)												1	
נפש: מחלת נפש שאובחנה ע"פ סיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? (13) ו/או הפרעות אכילה.												2	
מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני (24)												3	
מערכת ריאות ודרכי נשימה (1): לרבות אסטמה, ו/או ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת.												4	
מערכת הראיה (11): לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 7, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס.												5	
מערכת אף אוזן גרון: לרבות פגיעה בשמיעה (12), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טינטון, סינוסיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול.												6	
מערכת הלב/לחץ דם (2), כלי דם (14): לרבות יתר לחץ דם, כאבים בחזה, התקף לב, אי ספיקת לב, מום מולד, הפרעות קצב, איוושה, פגיעה במסתמים, טרומבוזת, תסחיף ריאתי, מפרצת אאורטה, ורידים מורחבים, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים, ו/או עברת צנתור?												7	
בקע ומערכת העיכול (6): לרבות בקע/שבר/הרניה מכל סוג שהוא, ריפלוקס (החזר וושטי), קרוחן, קוליטיס, רקטוצלה, הפטיטיס/צהבת, כבד מוגדל או שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בדרכי המרה ו/או כיס מרה, דלקת בלבלב.												8	
מערכת כליות ודרכי שתן (15): לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, 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).												9	
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 גדילה, הזעת יתר.												10	
מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות: לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת הדם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון, איידס/ נשואת, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים (25)												11	
מערכת השלד, השרירים, מפרקים (19) מחלות מפרקים (17) בעיות ברכיים: לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/ רצועות, כאבי גב (5), בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן, פרסט, מחלת מפרקים ניוונית, דלקת מפרקים שגרונת, לופוס, פיברומיאליגיה, תסמונת התשישות הכרונית, סקלרודרמה.												12	
מערכת עור ומיין: לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/ קונדילומה (26)												13	
מערכת הרבייה לנשים ולגברים (27): נשים: בעיות גניקולוגיות ו/או פריון, הפלדה או הקטנה של השדיים, ניתוחים קיסריים בעבר ו/או נמצאת כיום בהריון. גברים: הגדלה של בלוטת הערמונית ו/או בעיות בפריון.												14	
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 ניידות 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.												15	

מק"ט 492303050 (מחזורת 07-2018)





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מבוטח ראשי

ו. 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 שתידרש עלידי "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 אילנים 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. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני 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.

<input type="text"/>	חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18 ★	<input type="text"/>	תאריך
<input type="text"/>	חתימת בן/בת זוג ★	<input type="text"/>	עד לחתימה
<input type="text"/>	חתימת סוכן ★	שם סוכן	מספר סוכן

ז. 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 כיוסיים 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

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

ח. הצהרות הסוכן

1. 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.
 2. אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח והצעתי לו/ להם ביטוח או הוספת כיוסי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים את צרכי/הם.

<input type="text"/>	חתימת הסוכן ★	<input type="text"/>	תאריך
----------------------	---------------	----------------------	-------

