



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 ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## הצעה לביטוח מחלות קשות, השתלות ותרופות

טופס מספר **243**

הטופס מיועד למצטרפים עד גיל 60.

יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת 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"/>		
מבטוח		מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		מין	
ראשי										נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
בן/בת זוג										נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
ילד 1										נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
ילדים עד גיל 18										נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
2										נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
3										נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
4										נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
פרטי נציג*										נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
כתובת		יישוב		כתובת רחוב		מס' בית		מס' דירה		ת"ד	
דואר אלקטרוני של הראשי		מס' טלפון נייד של הראשי		דואר אלקטרוני של בן/בת זוג		מס' טלפון נייד של בן/בת זוג		מספר טלפון		מיקוד	
כתובת מגורים של בן/בת הזוג		יישוב		כתובת רחוב		מס' בית		מס' דירה		ת"ד	
יש למלא רק אם שונה מהכתובת שצויינה לעיל.											

פרטים נוספים		אופן תשלום דמי הביטוח				
מועמד	מצב משפחתי	שם קופת חולים				אופן מסירת מידע למבוטח
		מכבי	כללית	מאוחדת	לאומית	
ראשי	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אופן מסירת מידע למבוטח 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, ישלחו המסמכים הנ"ל באמצעות מסרון או דוא"ל של הנציג עפ"י הרשום לעיל.
בן/בת זוג	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ילדים עד גיל 18		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ב. תכניות הביטוח המבוקשות					ג. הוצאות רפואיות								
מבטוח	התכנית	מזור מורחב	מזור לסרטן	השתלות	תרופות	מבטוח	התכנית	שיעור ודדיקות - אמבולטורי	שיקום ואביזרים רפואיים	הרחבה לאמבולטורי לילד	אבחון מהיר ושירותים בעת אשפוז	קונסיליום	משלימה רפואה
ראשי	ראשי	ש"ח	ש"ח	ש"ח	<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	בן/בת זוג	ש"ח	ש"ח	ש"ח	<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	ילדים	ש"ח	ש"ח	ש"ח	<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"/>

- הערות:**
- ניתן לרכוש על גבי טופס זה ביטוח מחלות קשות בסך של עד 500,000 ש"ח למבוטח (מזור מורחב ומזור לסרטן יחדיו), ולא יותר מסך של 700,000 ש"ח למבוטח בביטוח מחלות קשות במגדל.
  - יש לרכוש למועמד מזור מורחב ו/או מזור לסרטן במקרה בו מבקשים לרכוש את אחד או יותר מ: השתלות, תרופות, נספחים ו/או כתיב שירות - אלא אם אושר אחרת מראש ע"י החברה (אישור בכתב).
  - יש לרכוש למועמד נספח ייעוץ ודדיקות אבחנתיות - אמבולטורי במקרה בו מבקשים לרכוש אחד או יותר מהנספחים הבאים: שיקום ואביזרים רפואיים ו/או הרחבה לאמבולטורי לילד.

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 494



0149452830105010619

עמוד 1 מתוך 5 דפים



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

מגדל בריאות

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

שם פרטי		שם משפחה		מספר זהות		פרטי מועמד ראשי	
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)			
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
אורח חיים ורקע רפואי							
גובה בס"מ _____ משקל בק"ג _____ ילידים מגיל 10 בלבד _____							
1 האם ב-5 השנים האחרונות: א. עברת בדיקה רפואית אבחנתית לרבות בדיקת הדמיה ו/או בדיקה פולשנית ונמצא בה ממצא שהצריך ברוח/מעקב רפואי ו/או הינך נמצאת כיום במהלך של בדיקות רפואיות אלו שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית בגינך? ב. הנך נוטלת או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע או הינך נמצאת כעת במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית? (21) ג. נפצעת מתאונה (10) או אושפזת בבית חולים כתוצאה ממחלה או תאונה? (3)							
2 א. האם נקבעה לך נכות קיימת ו/או הנך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות ו/או האם הנך מקבל או קיבלת גמלה מביטוח לאומי או מוסד אחר? (23) ב. האם הנך נעזר או הומלץ לך שימוש באביזר רפואי? אגא פרט וצרך מסמכים רפואיים							
3 א. האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מצרי הטבק) אם כן, ציין מס' סיגריות/פעמים שמעשן ביום (ילידים החל מגיל 16) _____ ב. אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות (ילידים החל מגיל 16)?							
4 האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום (ילידים החל מגיל 16)? (22)							
5 האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר (ילידים החל מגיל 16)? (22)							

שם פרטי		שם משפחה		מספר זהות		פרטי מועמד ראשי	
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)			
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחת או יותר מהמערכות / נושאים הבאים:							
1 מחלות לב, מחלות דם (2) (28) ו/או מחלות בכלי הדם (14)							
2 אי-ספיקת כליות או מחלות כליה אחרות או מחלות בדרכי השתן (15) (16)							
3 מחלות ריאה ודרכי הנשימה (1)							
4 דרכי עיכול, מחלות כבד (6) (29), צהבת							
5 סוכרת (7)							
6 איידס ו/או נשאות HIV, זאבת?							
7 מערכת החושים: הפרעות בראייה(עדשה 8 ומעלה) (11) או חרשות (12)							
8 מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני? (24)							
9 מערכת עצבים, המוח ו/או הפרעות התפתחותיות: לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי, גידול מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, רעד, פרקינסון, שיתוק, פוליו, בעיות התפתחות 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)							
10 נפש: מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? (13) ו/או הפרעות אכילה.							

הערות:

**ה. אישור תנאי קבלה 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 בגין מצבי הבריאותי ובמקרה 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.

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

1197 5283 3113



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

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

- כל התשובות והמידע שמסרת ותמסור בהצעה ובהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, וישמשו בסיס לעריכת הביטוח ויהוו חלק מהפוליסה.
- לאחר בירור צרכי המועמד/ים לביטוח נמצאה התוכנית המבוקשת מתאימה.
- 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 בתום הליך החיתום.  המועמד/ים מעוניינים באפשרות פיצול זו
- למגדל רשות לדחות את ההצעה או לקבלה בהתאם לסיכון הביטוחי, להוראות הדין והפוליסה. ככל שתתקבל לביטוח, הוא ייכנס לתוקף במועד המפורט בדף פרטי הביטוח.
- ידוע לי כי החברה לא יכולה להתנות ביטול תוכנית אחת באחרת, אלא במקרה של ביטול תוכניות היסודיות.
- היותו של הנציג/מבוטח ראשי שלוח 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 צויינה לעיל כתובת שונה של בן/בת הזוג, ישלחו מסמכי הדיווח (גילוי נאות, דף פרטי ביטוח ודו"ח שנתי) לבן/בת הזוג לכתובת זו.
- לרוכשים השתלות ו/או תרופות, ביטול תכנית יסודית אחת עשויה לגרום לביטול הנחה שניתנה בתכנית/ות יסודית/ות אחרת.
- לתוכניות מסוג הוצאות רפואיות ומחלות קשות: 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.
- 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](http://www.migdal.co.il)
- לדיעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרכז 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, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע שמסרתי ימסר לסוכן הביטוח/בעל רישיון לצרכי שירות לגורמים נוספים כמתחייב בד"ן (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגידי).
- רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון מפרסמת השוואה של פרמיות הביטוח לכיסוי ניתוחים בישראל/השתלות/תרופות, בחברות הביטוח השונות בישראל וכן, מדד המשקף את רמת השירות שלהן. באפשרותך להיכנס למחשבון השוואת ביטוחי בריאות ולמדד שירות חברות הביטוח באתר של רשות שוק ההון ביטוח וחסכון 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:  

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"/>

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

ב. האם בנוונתך 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 הביטול תשלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת:  
 על ידי  
 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2. אישור המועמד/ים להצטרפות לתכנית נוספת המעניקה פיצוי למקרה ביטוח דומה**

הצהרה זו רלוונטית לתכנית 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 מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18	חתימת בן/בת זוג
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

**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

<input type="text"/>	תאריך	<input type="text"/>	חתימת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18 ★	<input type="text"/>	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/יהם, 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 למבוטח פוליסה עבור מקרה ביטוח דומה, שלא בוטלה, או שקיימת פוליסה שכזו, והמבוטח אישר כמפורט בסעיף ז' לעיל את הצטרפותו לתכנית המבוקשת.

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





# 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 הרשאה 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.

חתימת בעל/י החשבון  תאריך

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	

חתימה וחותמת הסניף  בנק וסניף  תאריך



011125990505010717

עמוד 5 מתוך 5 דפים

קוד מסמך: 112

מגדל חברה לביטוח בע"מ

מגדל בריאות

(מחזור 06.2019)