



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		מבטח	
				כן	לא	כן	לא		
האם המועמד לביטוח הוא אזרח ישראלי?				<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	
ראשי								מין <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז	
בן/בת זוג								מין <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז	
ילד 1								מין <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז	
ילדים עד גיל 18								מין <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז	
2								מין <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז	
3								מין <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז	
4								מין <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז	
פרטי הנציג*		יישוב		מס' בית		מס' דירה		ת"ד	
וכתובתו									
מוטבים- היורשים על פי הדין		מספר טלפון		מס' בית		מס' דירה		מספר טלפון	
באפשרותך למנות מוטבים אחרים, באמצעות טופס מספר 568 - הוראה למינוי מוטבים, שעליך למלא ולשלוח למגדל.									
		מס' טלפון נייד		דואר אלקטרוני					

אופן תשלום דמי הביטוח	פרטים נוספים				
	מועד	מצב משפחתי	שם קופת חולים		
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.	מועד	מצב משפחתי	מכבי	כללית	מאוחדת
	ראשי	<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	בן/בת זוג	<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ילדים		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	אופן מסירת מידע למבוטח שבי"ן (ביטוח משלים) מסוג 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 ה"ל באמצעות מסרון או דוא"ל של הנציג עפ"י הרשום לעיל.				

ג. הוצאות רפואיות							ב. תכניות הביטוח המבוקשות				
התכנית מבטח	מזור מורחב	מזור לסרטן	השתלות	תרופות	התכנית מבטח	מבטח	מבטח	מבטח	מבטח	מבטח	
											מבטח
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"/>	
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"/>	
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"/>	

**הערות:**  
 1. 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.  
 2. 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.  
 3. יש לרכוש למועמד נספח ייעוץ ובדיקות אבחנתיות - אמבולטורי במקרה בו מבקשים לרכוש אחד או יותר מהנספחים הבאים: שיקום ואיזורים רפואיים ו/או הרחבה לאמבולטורי לילד.



מחזור: 02.2019



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	מועמד ראשי

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

שם פרטי				שם משפחה				מספר זהות				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)				בן/בת זוג		מועמד ראשי	
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן				
אורח חיים ורקע רפואי																לא	כן	לא	כן				
גובה בס"מ _____ משקל בק"ג _____ לילדים מגיל 10 בלבד																							
האם ב-5 השנים האחרונות:																1							
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?																							
ב. הנך נוטלת/ת או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע או הינך נמצאת/ת כעת במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית? (21)																							
ג. נפצעת מתאונה (10) או אושפזת בבית חולים כתוצאה ממחלה או תאונה? (3)																							
2 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? אנא פרט וצרף מסמכים רפואיים																							
3 א. האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק) אם כן, ציין מס' סגריות/פעמים שמעשן ביום _____																							
ב. אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות?																							
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	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן				
האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחת או יותר מהמערכות / נושאים הבאים:																לא	כן	לא	כן				
1 מחלות לב, מחלות דם (2) ו/או מחלות בכלי הדם (14)																1							
2 אי-ספיקת כליות או מחלות כליה אחרות או מחלות בדרכי השתן (15) (16)																2							
3 מחלות ריאה ודרכי הנשימה (1)																3							
4 דרכי עיכול, מחלות כבד (6) (29), צהבת																4							
5 סוכרת (7)																5							
6 איידס ו/או נשאות HIV, זאבת?																6							
7 מערכת החושים: הפרעות בראייה(עדשה 8 ומעלה) (11) או חרשות (12)																7							
8 מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני? (24)																8							
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), סחרחורות והתעלפויות. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות? (4)																9							
10 נפש: מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה? (13) ו/או הפרעות אכילה.																10							

הערות:

**ה. אישור תנאי קבלה מראש**

1. רכישת התכנית/ות המבוקשת/ות גם במקרה בו נדרש עקב הליך החיתום שלם תוספת חיתומית על דמי הביטוח בגובה של עד 100% בגין \_\_\_\_\_
2. 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.
3. 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





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 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 המצורפות כנספח לתוכנית יסודית שבוטלה או במקרה של ביטול כל התוכניות היסודיות.**
- 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 וחיסכון ("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) לידיעתך, 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 בדיון (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגיד).

10.  נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, הפרמיה ותקופת הביטוח.

11. **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	כן	לא
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ב. האם בכוונתך לבטל או להקטין את היקף הכיסוי בפוליסה/ות הקיימת/ות? אם התשובה לשאלה ב' היא "כן"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ג. <input type="checkbox"/> אני מאשר שנמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה.						
ד. אני מעוניין שבקשת הביטול תשלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת:						
על ידי <input type="checkbox"/>						
על ידי סוכן הביטוח - יש למסור לסוכן טופס בקשת ביטול מס' 305 חתום. <input type="checkbox"/>						
על ידי חברת הביטוח מגדל - יש לצרף טופס בקשת ביטול מס' 305 חתום ולציין את שם חברת הביטוח המבטחת בפוליסה הקיימת: <input type="text"/>						

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

**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.

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

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

מחזור: 02.2019

1197 5283 3113





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מועמד ראשי

### ח. במקרה שמתבקש משלוח מסמכי הדיווח לכתובת נפרדת של בן/בת זוג

אני מבקש לקבל את מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח ודו"ח שנתי בשונה מפרטי הקשר של הנציג כמפורט להלן:

כתובת דוא"ל \_\_\_\_\_ מס' טלפון סלולרי  \_\_\_\_\_  
 כתובת דואר \_\_\_\_\_  
 ידוע לי שניתן לשנות את הבחירה בכל עת בהודעה לחברה. במידה ולא ימולאו הפרטים הנ"ל של בן/בת הזוג ישלחו המסמכים לנציג.

### ט. 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

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

### י. 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.
- ביררתי את צרכי המועמדים/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח והצעת 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.

תאריך  חותמת הסוכנות  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 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.

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 חשבוני/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  חותמת הסניף

בנק  תאריך



011125990505010717

עמוד 5 מתוך 5 דפים

קוד מסמך: 112

מגדל חברה לביטוח בע"מ

מגדל בריאות

(מחזורת 02.2019)