



טוב שיש מגדל מאחוריך  
מגדל חברה לביטוח בע"מ

לתשומת ליבך, תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה.

תאריך מבוקש להתחלת הביטוח	שנה	חודש	יום
חותרמת החברה - נתקבל	שם הסוכן	מספר הסוכן	
שם המפקח	מספר פוליסה		

מועד התחלת הביטוח המבוקש יכול להיות מועד מילוי ההצעה או ה-1 לחודש העוקב בלבד.

## הצעה לביטוח תאונות אישיות - מגדל דואגים למשפחה טופס טלפוני ללא הקלטה

טופס מספר 169

יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות. טופס זה מיועד למבקשים להצטרף לביטוח, אשר אין בכוונתם לבטל כיסוי קיים במגדל או בחברת ביטוח אחרת. לא ניתן להצטרף לביטוח באמצעות טופס זה במקרה של החלפת פוליסה פרטית בתוקף.

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

מספר טלפון
השיחה נערכה בתאריך
השיחה נערכה עם (שם מלא)
שעת התחלה
שעת סיום

### א. פרטי המועמדים לביטוח

מבטח	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	עיסוק
ראשי / בעל הפוליסה					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
בן/בת זוג					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
ילדים	ילד 1				<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	
נציג*					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
כתובת הפוליסה / בעל הכתובת	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון	מספר נייד

מבטח ראשי - מה שם בית הספר היסודי בו למדת?

כתובת דואר אלקטרוני

מוטבים - היורשים על פי הדין, אלא אם מולאו שמות מוטבים מטה או נמסרו בהודעה נפרדת לחברה.

מועמד	מוטב 1		מוטב 2	
	שם מלא	מספר זהות	שם מלא	מספר זהות
ראשי				
בן/בת זוג				
ילדים				

\* בעת מילוי 2 מוטבים יחולקו האחוזים בשווה - 50% למוטב אלא אם צויין אחרת.

### ב. התכנית המבוקשת

פירוט הכיסויים הכלולים במגדל ספורטיבי:	מגדל ספורטיבי	מוות מתאונה ונכות צמיתה מתאונה (סכום בש"ח לכל אחד מהכיסויים)	מגדל דואגים למשפחה מורחב*				התכנית / הסכום בש"ח
			ארד	כסף	זהב	פלטינום	המבטח / הכיסוי
• מוות מתאונה / נכות צמיתה מתאונה - 300,000 ש"ח;	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ראשי
• הוצאות טיפול רפואי ושיניים - 10,000 ש"ח;	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בן/בת זוג
• צד ג' מפגיעת ספורט - 100,000 ש"ח;	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ילדים
• אי-כושר מתאונה - 4,000 ש"ח;	<input type="checkbox"/>	* הסכום בש"ח למבטח מבוגר (ליד ייתן 50% מהסכום).	350,000	200,000	150,000	100,000	מוות מתאונה / נכות צמיתה מתאונה
• כתב שירות נקודת זינוק.			60,000	40,000	20,000	15,000	שברים מתאונה / כוויות מתאונה
			750	450	300	150	פיצוי בגין ימי אישפוז מתאונה
			65,000	40,000	25,000	20,000	סיעוד מתאונה

### ג. נספחים

אשפוז מתאונה** סכום ליום בש"ח ימי המתנה <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3	כתב שירות נקודת זינוק	צד ג' מפגיעת ספורט (2)		הוצאות טיפול רפואי ושיניים מתאונה* (2)		הוצאות רפואיות (1)	ביטול חריג ספורט (1) אתגרי (1)	ביטול חריג דו-גלגלי (מעל גיל 21) (1)		התכנית
		200,000 ש"ח	100,000 ש"ח	20,000 ש"ח	10,000 ש"ח			עד 250 סמ"ק	מעל 250 סמ"ק	
	<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"/>	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"/>	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"/>	ילדים

(1) במקרה בו נרכשו בטופס זה יותר מתכנית אחת, יצורפו הנספחים המבוקשים לכל אחת מהן בנפרד.

(2) במקרה בו נרכשו בטופס זה יותר מתכנית אחת, יצורפו הנספחים לתכנית אחת בלבד.

\* ברכישת מגדל ספורטיבי ניתן להוסיף 10,000 ש"ח בלבד. \*\* ברכישת פיצוי יומי עד 500 ש"ח, אין צורך למלא הצהרת בריאות.



0154016901031214

קוד מסמך 540 עמוד מספר 1 מתוך 3 דפים

מק"ט 510100010 (12.2014)

מגדל בריאות

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי מבטוח ראשי

### ג. (המשך) נספחים וכתבי שירות

שירותים רפואיים**						אי-כושר מתאונה (מגיל 21)			התכנית
רפואה רפואית	ייעוץ פסיכולוגי	ביקור רופא + מעבדה	ילד	רפואה משלימה	אמבולטורי	תקופת המתנה בימים	תקופת פיצוי בחודשים	פיצוי חודשי בש"ח	מבטוח
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ש"ח	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	*36 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/>	ראשי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ש"ח	30 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	*36 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/>	בן/בת זוג
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ש"ח			ילדים

\* מסלול זה ניתן רק למבטוחים שמצטרפים עד גיל 54. \*\* בהצטרפות לתכנית אלו, אין צורך למלא הצהרת בריאות.

### ד. הצהרת בריאות

שאלה								מבטוח ראשי		בן/בת זוג	
								לא	כן	לא	כן
4 ילד	3 ילד	2 ילד	1 ילד	לא	כן	לא	כן				
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן				

### ה. הצהרות והתחייבות המועמדים לביטוח (יש לסמן X במקום הנדרש)

יש להקריא הצהרה זו למועמד לביטוח בטלפון ולהדגיש כי היא חלה על כל המועמדים לביטוח

אנו מבקשים לערוך למועמדי/ים ביטוח בהתאם לתנאי תכנית הביטוח שנבחרה בהצהרה זו ואנו מצהירים ומתחייבים כלהלן:

- קבלה לביטוח: ידוע לי כי הסכמת החברה לקבל את המועמד 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 רלוונטי ורק עם סימו תודיעו לי אם קבלתם או לא קבלתם את ההצעה. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
- הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה: ידוע לי, כי התשובות והמידע שמסרתי במסגרת ההצעה זו, ישמשו בסיס לחוזה הביטוח המבוקש ויהוו חלק בלתי נפרד הימנו וכן לצורך הוצאת פוליסות, גביית תשלומים בגין, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות.
- ידוע לי ואני מסכים ומאשר כי הכיסוי בתכנית הביטוח נקבע בהתאם לתנאי הפוליסה המלאים והמבטוח לא יהיה אחראי ולא ישלם כל תביעה בגין מקרה ביטוח שאירע לפני מועד התחלת הביטוח. הפיצוי בגין נכות צמיתה, שברים וכוויות מתאונה הינו בשיעור מלא או חלקי, בהתאם לפגיעה ו/או האיבר שנפגע.
- המידע אודותייך, לרבות המידע שתמסור בשיחה מוקלטת זו מרצונך ובהסכמתך, וכל מידע שיתקבל בעתיד, ישמרו במאגר המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ ויתר חברות קבוצת מגדל וישמשו לכל עניין הקשור להצטרפות לביטוח, ליצירת קשר, שירות שוטף, דיור ישיר וכפניות שיווקיות.  אינני מעוניין שתשלחו אלי עדכונים וכפניות לגבי מוצרים / שירותים קיימים וחדשים.
- היותו של הנציג שלוח של המועמדים: אני/מומשרים/ם כי הנציג הינו שלוח שלי/נו לכל דבר ועניין בקשר עם הפוליסה, ובכלל זה בכל הנוגע להודעות ביטול הפוליסה.
- החלפה/שינוי פוליסה: האם יש בידך פוליסות בריאות בתוקף?  כן  לא  
אם התשובה היא "כן", כחלק מרכישת פוליסה זו, האם פוליסות לביטוח בריאות לרבות נספחים שברשותך:  
א. עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא, יסולקו באופן חלקי או מלא, יסתיימו בכל דרך אחרת?  כן  לא  
ב. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, בסכומי הביטוח או בפרמיה?  כן  לא  
תשובה חיובית לסעיף א' ו/או ב' מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול בעריכת פוליסת ביטוח חדשה. במקרה זה לא ניתן להצטרף לביטוח באמצעות טופס זה.

### ו. הצהרות הסוכן

אני מאשר כי:

- דיברתי עם המועמד באופן אישי, ולאחר שהסברתי לו את פרטי תכנית הביטוח התנאים והסייגים והקראתי לו את טופס גילוי נאות, הביע המועמד את רצונו לרכוש את הפוליסה.
- הטופס מולא עליידי לפי מידע שנמסר לי על ידי המועמד, הקראתי לו את ההצהרות הנ"ל והוא הבין את משמעותן.
- למיטב הבנתי כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף:  כן  לא (אם התשובה היא כן, לא ניתן להצטרף באמצעות טופס זה).

תאריך

חתימת הסוכן





שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	פרטי המועמד הראשי

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

## טופס הוראת תשלום דמי הביטוח - טלפוני

טופס מספר 600

### אופן התשלום והגבייה

אופן התשלום: חודשי

אופן הגבייה:

- למבוטח מגדל בלבד: אבקש לגבות את הפרמיה עפ"י אמצעי תשלום בפוליסה מס' \_\_\_\_\_ ובתנאי שאני המשלם.
- הוראת קבע - במקרה שאין אמצעי תשלום בפוליסה קיימת בחברה, יש למלא טופס נפרד.
- כרטיס אשראי - (בחר את סוג הכרטיס המתאים):  ויזה  ישראלכרט  דיינרס  אמריקן אקספרס  לאומי קארד

מספר זהות בעל הכרטיס	שם בעל הכרטיס	תוקף הכרטיס	מספר הכרטיס

אני מאשר בזאת כי בעל הכרטיס אישר לי במפורש, שישלם את התשלומים בגין פוליסות הביטוח שרכש באמצעות כרטיס האשראי, אשר פרטיו מפורטים כאן, וכל כרטיס אשראי אחר שיונפק במקום הכרטיס שמשפרו נקוב בטופס זה ויישא מספר אחר. הודעתי לבעל הכרטיס וקיבלתי את הסכמתו לכך שהחברה המבטחת תהיה רשאית להעביר לחברת כרטיסי האשראי חובים מעת לעת כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי, בגין פרמיות ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח בין בעל הפוליסה לבין מגדל חברה לביטוח בע"מ.

	<b>חתימת הסוכן</b> ★	תאריך	אם המשלם אינו מועמד לביטוח יש לפרט את מהות הקשר בינו לבין המועמדים לביטוח _____.
--	----------------------	-------	--

