



מס' סוכן	מס' מפעל
48704200	923135
	923138

מספר עובד/גימלאי
תאריך התחלת עבודה/פרישה

שנה	חודש	יום
תאריך מבוקש להתחלת הביטוח לידיעתך, תחילת הביטוח בחתימה על הטופס עד 15 לחודש הינה 1 לחודש הנוכחי תחילת ביטוח בחתימה על הטופס אחרי 15 לחודש הינה 1 לחודש העוקב לתשומת ליבך, תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה. מועד תחילת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.		

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

הצעה לביטוח לעובדי וגמלאי בנק דיסקונט ובני ביתם

טופס מספר **3050**

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

א. פרטי העובד / גימלאי

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	סטטוס	מין	מצב משפחתי
				<input type="checkbox"/> עובד <input type="checkbox"/> גמלאי/פורש	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	<input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ג
כתובת מגורים (רחוב)	מס' דירה	יישוב	מיקוד	מספר טלפון	כתובת דואר אלקטרוני	

ב. פרטי המועמדים לביטוח

מבוטח	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מוטבים
בן/בת זוג					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	היורשים על פי הדין
ילדים עד גיל 28	ילד 1				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	באפשרותך למנות מוטבים אחרים, באמצעות טופס מספר 568 - הוראה למינוי מוטבים, שעליך למלא ולשלוח למגדל.
	ילד 2				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
	ילד 3				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
	ילד 4				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
ילד/ה מעל גיל 28					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	

פרטים נוספים

מועמד	שם קופת חולים			
	מכבי	כללית	מאוחדת	לאומית
ראשי	<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"/>
ילדים עד גיל 28	ילד 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ילד 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ילד 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ילד 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד/ה מעל גיל 28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ג. תכנית הביטוח המבוקשת* (נא סמן ב-X את התכנית המבוקשת)

מסלול מהשקל הראשון	מסלול משלים שב"ן	מבוטח	
<ul style="list-style-type: none"> השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל תרופות שלא כלולות בסל הבריאות כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ משלים שב"ן שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים רפואיים נוספים וחוות דעת נוספת כתב שירות אבחון מהיר 	<ul style="list-style-type: none"> השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל תרופות שלא כלולות בסל הבריאות כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ משלים שב"ן שירותים רפואיים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים רפואיים נוספים וחוות דעת נוספת כתב שירות אבחון מהיר 	<ul style="list-style-type: none"> השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל תרופות שלא כלולות בסל הבריאות כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ מהשקל הראשון שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים רפואיים נוספים וחוות דעת נוספת כתב שירות אבחון מהיר 	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ראשי	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בן/בת זוג	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ילדים עד גיל 28	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ילד 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ילד 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ילד 3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ילד 4	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ילד/ה מעל גיל 28	

* אם המועמד אינו חבר שב"ן - יש לרכוש כיסוי לניתוחים מורחב במסלול מהשקל הראשון.



0179330500104011121

קוד מסמך: 793 עמוד 1 מתוך 4 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

220000510 (מהדורה 11.2021)

ד. אופן תשלום

הוראה ליניקי דמי הביטוח מהמשכורת

אני נותן בזאת הוראה לבנק דיסקונט בע"מ לנכות ממשכורת את הפרמיה בגין ביטוח בריאות עבורי ואת הפרמיה בגין ביטוח בריאות עבור בני משפחתי מידי חודש ולשלם למגדל חברה לביטוח בע"מ.
הוראה זו תישאר בתוקף כל עוד לא ניתנה הוראת ביטול בכתב ע"י ובכפוף לתנאי הפוליסה ולסייגיה.

תאריך חתימת העובד

2. עבור הפרמיה בגין ביטוח בריאות עבור גמלאי ובני משפחתי ילד בוגר של עובד. יש למלא פרטי כרטיס אשראי כרטיס אשראי: (בחר את סוג הכרטיס המתאים): ישראכרט אמריקן אקספרס ויזה דינרס לאומי קארד

מספר זהות בעל הכרטיס	שם בעל הכרטיס	מספר כרטיס	בתוקף עד
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

בחתימתי מטה אני 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 ל"מגדל 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 שיופק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה ויישא מספר אחר. ידוע לי כי ביצוע הסדר תשלום 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 העובד

ה. הצהרות (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי)

אני ה"מ מבקש לבטח אותי בהתאם לתנאי תכנית/ות הביטוח שנבחרה/ו בהצעה זו לאחר שהוצג בפניי עיקרי תנאי הביטוח ודמי הביטוח עבור התכנית/כל אחת מהתכניות שבכוונתי לרכוש ומצאתי אותה/ן מותאמות לצרכי ובהסתמך על האמור בהצעה זו אני מצהיר ומתחייב כדלהלן:

1. הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה: ידוע לי, כי התשובות שמסרתי במסגרת הצעה זו נכונות ומלאות וישמשו בסיס לחוזה הביטוח המבוקש וחלק בלתי נפרד הימנו וכן לצורך הוצאת פוליסות, גביית תשלומים בגינן, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות. תשובה שאינה מלאה או כנה עלולה לגרום לביטול הפוליסה ו/או לתשלום תגמולי ביטוח מופחתים או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי הביטוח.
2. 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, בשים לב למדיניות החיתום של החברה, ורק עם סיומו תודיע לי אם קבלתם או לא קבלתם את ההצעה. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
3. נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, הפרמיה ותקופת הביטוח.
4. 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 רק בתום הליך החיתום.

5. אני מעוניין באפשרות פיצול זו.
5. למבקשים להצטרף לביטוח ניתוח משלים לשב"ן - סמן X ב- ידוע לי ואני מאשר ומצהיר כי:
 - א. הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, החברה (המבטח) תשלם את ההפרש בין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. הכיסוי ניתן לניתוחים אצל נותני שירות שבהסכם עם החברה.
 - ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המועמד לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות לחברה למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
 - ג. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
 - ד. בסיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המועמד לפנות לחברה ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" בתוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים.

6. ידוע לי ואני מסכים ומאשר כי הכיסוי בתכנית הביטוח נקבע בהתאם לתנאי הפוליסה המלאים ויכול שהינו כפוף לתקופת אכשרה ו/או לסייג בשל מצב רפואי קודם כהגדרתו בתקנות הפיקוח על עסקי הביטוח (תנאים בחוזה ביטוח) והוראות לעניין מצב רפואי קודם התשס"ד-2004.

7. איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי

רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון ("הרשות") במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז 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 במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

8. היותו של העובד שלוח של המועמדים: אני/ו מאשר/ים כי העובד הינו שלוח שלי/נו לכל דבר ועניין בקשר עם הפוליסה, ובכלל זה בכל הנוגע להודעות ביטול הפוליסה.

9. 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 לבעל רישיון לצרכי שירות לגורמים נוספים כמתחייב בדיון (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגיד). מדיניות הגנת הפרטיות של קבוצת מגדל זמינה עבורך באתר האינטרנט <https://www.migdal.co.il> או באפליקציה של החברה.

10. לקבלת מידע אודות מוצרי הביטוח בהר הביטוח באפשרותך לשנות או להוסיף שם בגיר לצורך זיהוי באתר האינטרנט של החברה ובאיזור האישי.



ה. הצהרות - המשך

<input type="text"/>	חתימת בן/בת זוג ★	<input type="text"/>	תאריך	<input type="text"/>	חתימת מבוטח ראשי ★	<input type="text"/>	תאריך
<input type="text"/>	.4	<input type="text"/>	.3	<input type="text"/>	.2	<input type="text"/>	.1
<input type="text"/>	חתימת ילדים מעל גיל 18 ★	<input type="text"/>	תאריך	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ו. 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, לצורך שיווק ודיוור ישיר אודות כיוויים 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 באתר מגדל או פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה. טלפון 03-9201010, דואר אלקטרוני mokedbi@migdal.co.il

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

ז. חתימת המועמדים לביטוח/המצהיר בשם המועמדים

אני מאשר כי אני שלוח המועמדים לביטוח לכל דבר ועניין בקשר עם הפוליסה, ובכלל זה בכל הנוגע להודעות ביטול הפוליסה. אני החתום מטה מבקש בזאת ממגדל חברה לביטוח בע"מ לבטח אותי ובני משפחתי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.

שם	מס' ת.ז.	תאריך	חתימה
_____	_____	_____	_____

עובד/ת:



