



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר סוכן
מספר הפוליסה	

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

המועד המבוקש להתחלת הביטוח*
01/

* מועד תחילת הכיסוי יקבע לפי המאוחר מבין:
תאריך החתימה על ההצעה או תאריך
הביטוח הרשום לעיל.
הפוליסה תכנס לתוקף החל מהיום הקבוע
בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת הביטוח.

הצעה לביטוח עמית עצמאי - מגדל לקצבה לעצמאים קופת גמל לקצבה

טופס מספר 184

אני החתום מטה, המועמד לביטוח, פונה בזה אל מגדל חברה לביטוח בע"מ בבקשה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:
שם קופה: **מגדל לקצבה לעצמאים**
מובהר בזאת כי כל המונחים בהצעה להלן יפורשו כהגדרתם בתנאים הכלליים של הפוליסה. בכל מקום בהצעה שקיימת התייחסות לגיל המבוטח הכוונה לגיל הביטוחי כהגדרתו בתנאים הכלליים של הפוליסה.

א. פרטי המועמד לביטוח					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי		תאריך לידה	מין
					נ ☐ ז ☐ נקבה ☐
ישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד
מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני		אני מבקש לקבל הודעות ומסמכים מטעם החברה (לרבות: דוח שנתי מקוצר דף פרטי ביטוח, תנאי הפוליסה וגילוי נאות) באחד האמצעים שלהלן:		
מקצוע	עיסוק		☐ דואר אלקטרוני ☐ הודעת טקסט (מסרון) ☐ דואר		
במקרה בו לא סומנה בחירה לעיל, ישלחו המסמכים באמצעות מסרון או דוא"ל של המבוטח הראשי ע"פ הרשום לעיל.					

ב. הצהרת המועמד לביטוח לפי חוק איסור הלבנת הון - יש למלא טופס "הכר את הלקוח" מספר 2781	
☐ אני מצהיר כי, אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת בעל הפוליסה והמבוטח למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה	
☐ אני מצהיר כי, יש נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה (במקרה וקיים נהנה יש למלא טופס הצהרת פועל עבור עצמי מספר טופס 2624)	
אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל. ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק איסור הלבנת הון התש"ס - 2000, מהווה עבירה פלילית.	
תאריך	חתימת המועמד לביטוח*

ג. סוג הצטרפות	
יש לסמן בהתאם לסוג הצטרפות המבוקש.	
☐ הפקדות שוטפות	☐ הפקדה חד-פעמית ע"י העברה מקופת גמל אחרת
☐ הפקדה חד-פעמית ע"י העברה מקופת גמל אחרת והפקדות שוטפות	☐ הפקדה חד-פעמית
האם הפקדת בתקופה של חמש שנים אחרונות סכום הפקדה שנתי מעל 70,000 ש"ח בגוף המסודי המעביר ☐ כן ☐ לא	
אם התשובה כן יש למלא טופס "הכר את הלקוח" מספר טופס 2781	
במידה ומבקשים להפקיד הפקדה חד-פעמית מקופת גמל אחרת, יש למלא את הפרטים בסעיף ט' להלן.	

ד. תום תקופת הביטוח	
גיל ביטוחי בתום תקופת הביטוח* _____ . יש לקבוע גיל ביטוחי בתום תקופה בין 60 ל-67. בהעדר מילוי, גיל ביטוחי בתום תקופת הביטוח יהיה 67. מועד תום תקופת הביטוח יהיה זהה לפוליסה היסודית ולכיסויים הנוספים שנרכשו בה.	
* "גיל" - כהגדרתו בתנאי הפוליסה.	

ה. אופן תשלום דמי הביטוח	
לתשומת לבכם: הוראה לחיוב חשבון, אשר מוגבלת במועד או בתקרת סכום, אינה מתאימה למוצרי ביטוח/פנסיה/גמל ולכן חברתנו מאפשרת לקבל הוראות בעלות הרשאה כללית בלבד	
מועדי תשלום דמי הביטוח:	☐ חודשי* ☐ רבע שנתי ☐ חצי שנתי ☐ שנתי
אופן תשלום דמי הביטוח:	☐ הוראת קבע ☐ כרטיס אשראי ☐ רגיל (לאופן תשלום שונה מחודשי בלבד)
* באמצעות הוראת קבע בלבד. דמי ביטוח עד 500 ש"ח אפשר גם באמצעות כרטיס אשראי.	
דמי הביטוח ישולמו מראש בהתאם לאופן תשלום דמי הביטוח שנבחר לעיל והם צמודים קבוע בתנאי הפוליסה.	



011171840106010124

עמוד 1 מתוך 17 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 117

1. דמי ביטוח, דמי ניהול ומסלולי השקעה

1. דמי ביטוח

דמי ביטוח לפוליסה - כוללים כיסויים נוספים ככל שביקשת בסעיף ז. עבור כיסויים שעלותם משתנה מעת לעת בסעיף ז', דמי הביטוח בפוליסה יגדלו בהתאם לגידול הפרמיה של הכיסויים.

דמי ביטוח לפוליסה _____

2. דמי ניהול

דמי ניהול מדמי ביטוח % _____

דמי ניהול מהחיסכון המצטבר:

דמי ניהול מהחיסכון המצטבר ייקבעו בהתאם לגובה דמי הביטוח החודשיים והצבירה בפוליסה כמפורט בטבלת דמי הניהול להלן:

בפרמיה חודשית המשולמת באופן שוטף שאיננה פוחתת מ- 1,000 ₪ בחודש:	
כאשר צבירת חסכון בפוליסה תהיה:	דמי ניהול מצבירה יהיו בשיעור:
עד 499,999 ₪	0.50%
מ 500,000 ₪ ומעלה	0.20%
בפרמיה חודשית המשולמת באופן שוטף שאיננה עולה על 999 ₪ בחודש:	
כאשר צבירת חסכון בפוליסה תהיה:	דמי ניהול מצבירה יהיו בשיעור:
עד 99,999 ₪	0.80%
100,000-499,999 ₪	0.50%
מ 500,000 ₪ ומעלה	0.20%
ככל שתופסק ההפקדה השוטפת בפוליסה והפוליסה תהיה במעמד מסולקת, תהיה זכאי לדמי ניהול בגין החיסכון המצטבר בפוליסה בהתאם לצבירת החיסכון בפוליסה כמפורט להלן ובהתאם להוראות ההסדר התחיקתי:	
כאשר צבירת חסכון בפוליסה תהיה:	דמי ניהול מצבירה יהיו בשיעור:
עד 99,999 ₪	1.00%
100,000-149,999 ₪	0.90%
150,000-299,999 ₪	0.85%
300,000-649,999 ₪	0.80%
650,000-999,999 ₪	0.75%
מ 1,000,000 ₪ ומעלה	0.65%

בכל שינוי ביתרת החיסכון המצטבר הנובע מהפקדה או ממשיכה חלקית/ המרה לגמלה חלקית/ נידוד חלקי, יעודכן (יעלה/ירד) שיעור דמי הניהול בהתאם למפורט לעיל.

שים לב!

נוסף על דמי הניהול, רשאית החברה המנהלת לגבות מהנכסים המנוהלים בקופה הוצאות ישירות בשל ביצוע עסקאות.

שיעורי ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מוצגים באתר האינטרנט של החברה המנהלת בכתובת: <https://www.migdal.co.il/about/investments>

כמו כן, ניתן לקבל מידע על העלות הכוללת הצפויה לשנה זו ביחס למסלולי ההשקעה השונים באמצעות המחשבון שבאתר האינטרנט של החברה בכתובת: <https://www.migdal.co.il/pension-funds/support/operating-fees>

3. בחירת מסלולי השקעה בפוליסות

- ניתן לבחור לכל היותר במסלול השקעה אחד בגין ההפקדה לחיסכון.
- בהעדר סימון להשקעת כספי החיסכון, יושקעו הכספים במסלולי השקעה המוגדרים כברירת מחדל במסגרת "מודל מנוהל תלוי גיל".
- במודל זה כספי החיסכון מושקעים על-פי שיקול דעתה של ועדת ההשקעות של החברה בהתחשב בין היתר בגיל המבוטח.
- גיל המבוטח בהתייחס למודל המנוהל יחושב על-פי ה-1 בחודש העוקב לחודש בו חל יום הולדתו של המבוטח.
- במודל זה מועד תשלום דמי הביטוח הינו חודשי בלבד.

☐ "מודל מנוהל תלוי גיל" - מסלול ברירת מחדל

שם הקופה	מגדל מסלול אג"ח	מגדל מסלול אג"ח ממשלת ישראל	מגדל מסלול שקלי טווח קצר	מגדל מסלול מניות	מגדל מסלול חו"ל	מגדל מסלול הלכה	מגדל מסלול לבני 50 ומטה	מגדל מסלול לבני 50 עד 60 ומעלה	מגדל מסלול לבני 60 ומעלה	מגדל מסלול השקעה מחקה מדד S&P 500	מגדל מסלול סחיר	מגדל מסלול עוקב מדדים-גמיש	מגדל מסלול פאסיבי-מדדי מניות
מגדל לקצבה ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
קוד מסלול לעצמאים	382	291	362	288	392	276	924	925	926	332	412	422	642

מובהר בזאת כי במקרה ומבוטח בחר להצטרף למסלול השקעה מרשימת המסלולים המשוקים על ידי החברה, לרבות מסלול הנמנה עם מסלולי ברירת מחדל ו/או בחר להשאר במסלול ברירת מחדל שאינו מתאים עוד לגילו, אזי תראה אותו החברה כמי שבחר שלא לנהל את כספיו במודל מנוהל תלוי גיל כאמור בפוליסת הביטוח, והוא ישאר במסלול ההשקעה אותו בחר, עד שיודיע לחברה אחרת, ובמקרה זה לא יחול עליו מנגנון השייך וההעברה האוטומטי.



ז. כיסויים ביטוחיים נוספים לרכישה בפוליסה

אובדן כושר עבודה

עלות כיסוי אובדן כושר עבודה המבוקש בסעיף זה תנוכה תחילה מדמי הביטוח שביקשת בהצעה זו. עלות הכיסוי משתנה מעת לעת ודמי הביטוח בפוליסה יגדלו בהתאם לגידול הפרמיה של הכיסוי.

☐ כיסוי לפיצויי חודשי באובדן כושר עבודה כולל אובדן כושר עבודה חלקי בפרמיה משתנה

כיסוי לגיל תום _____ (ניתן בין 60 ל-67) ☐ 70 בהיעדר סימון ברירת המחזל תהיה גיל 67. בחר המבוטח גיל 70, יסתיים גם הכיסוי היסודי בגיל 70.

☐ פיצוי + שחרור ☐ שחרור בלבד

שכר כולל למבוטח _____ שכר לחישוב פיצוי _____, % מהשכר _____, (במידה וכבר קיים לך ביטוח פיצוי חודשי באובדן כושר עבודה, נא ציין בנוסף לשכר המבוטח בפוליסה זו גם את השכר הכולל. אין לבטח יותר מ-75% משכר כולל למבוטח). דמי הביטוח והשכר בכיסוי צמודים למדד.

עדכון השכר יעשה לאחר שתתקבל בחברה בקשת המבוטח בכתב לעדכון, ובכפוף להכנסתו מעבודה המדווחת לרשויות המס. כל זמן שלא נעשה עדכון כאמור, יוצמד השכר למדד.

הצהרה לענין כיסוי ביטוחי קיים על הכנסות מעבודה

חתימת בעל הרשיון - הנני מצהיר/ה בזאת, כי נכון למועד חתימת ההצעה כיסוי אובדן כושר העבודה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין הפקדות מרובד השכר שאינו מבוטח בקרן פנסיה ו/או הכנסה שאינה מבוטחת בחברת ביטוח בשיעור של 75%.

חתימת בעל הרשיון *	תאריך
--	---

נא סמן את ההרחבות אותן ברצונך להוסיף לכיסוי הבסיסי

שם הרחבה	הערות
☐ הגדרת עיסוק ספציפי	
☐ פרנצי'זה	לא ניתן לרכישה עם קיצור תקופת המתנה ל-1 חודש או 2 חודשים
☐ ביטול קיזוז מגורם ממשלתי	ניתן לרכישה רק אם נרכש פיצוי
☐ הגדלת גג נחתם ☐ 20% ☐ 25%	יש לסמן רק אחת מהאפשרויות
☐ קיצור תקופת המתנה ☐ 1 חודש ☐ 2 חודשים	1. ניתן לרכישה רק אם נרכש פיצוי. 2. ניתן לסמן רק אחת מהאפשרויות
☐ תשלום נוסף במקרה סיעוד	ניתן לרכישה רק אם נרכש פיצוי
☐ הגדלת תגמולי ביטוח בתקופת תביעה ☐ 1% לשנה ☐ 2% לשנה	ניתן לסמן רק אחת מהאפשרויות
☐ הארכת תקופת הצמדת הפיצוי למדד ☐ 36 תשלומים ☐ 48 תשלומים ☐ 60 תשלומים	1. ניתן לרכישה רק אם נרכש פיצוי. 2. ניתן לסמן רק אחת מהאפשרויות

* בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באובדן כושר עבודה על 75% ממוצע השכר המבוטח ב-12 החודשים או ב-3 החודשים טרם קרות מקרה הביטוח, וכן יקוזז מסכום הפיצוי חודשי המגיע לך ממבטח אחר והכול בכפוף לאמור התנאי הפוליסה.

** הפיצוי החודשי יהיה צמוד למדד למשך 24 תשלומים (אלא אם נרכשה הרחבה להצמדה למדד לתקופה אחרת), לאחר מכן יהיה הפיצוי צמוד לתשואה כמוגדר בתנאי הפוליסה, בניכוי דמי בשיעור 0.6% לשנה, ובניכוי ריבית תחשיבית של 2.5%

אור - 1 כיסוי ביטוחי למקרה מוות

הכיסוי נרכש בדמי ביטוח משתנים מדי שנה ומתוך דמי הביטוח לקופת גמל לעמיתים עצמאים.

העלות המצטברת בשל סך כל הכיסויים הביטוחיים מתוך דמי הביטוח בפוליסה, עד לכל אחד ממועדי תשלום דמי הביטוח, לא תעלה בכל עת על 35% מדמי הביטוח החודשיים ובכפוף להסדר התחיקתי ("התקרה").

לידיעתך, אם בעת הנפקת הפוליסה ו/או בחודש מסוים במהלך תקופת הביטוח, עלתה העלות המצטברת של הכיסויים הביטוחיים אשר נרכשו בפוליסה על התקרה, יוקטן סכום הביטוח למקרה מוות ככל שנרכש, כך שסך כל עלות הכיסויים הביטוחיים לא תעלה על התקרה.

סמן את החלופה המבוקשת לחישוב סכום הביטוח והשלם את הפרטים הנדרשים (ניתן לבחור חלופה אחת בלבד):

מסלול הביטוח	נתון קובע	בחירת אופן חישוב סכום הביטוח - נא סמן
☐ ריסק יורד (ל)	השכר הקובע לחישוב סכום הביטוח: _____	☐ הסכום יחושב בכל עת על פי % משכר חודשי, כפול מספר החודשים שנותרו לתום תקופת הביטוח.
	הסכום החודשי הינו האחוז המבוקש משכר: _____ %	☐ הסכום יחושב בכל עת על פי ההיוון של % משכר חודשי, בהנחת ריבית היוון שנתית בשיעור 3.5%, ובהתייחס למספר החודשים שנותרו לתום תקופת הביטוח.
☐ סכום ביטוח קבוע	בסך _____ ₪	☐ כולל צבירה (ז) ☐ לא כולל צבירה (ו)

לתשומת לבך, סכום הביטוח בתכנית יתעדכן (יגדל/יקטן) בכפוף לתנאי הפוליסה ולהוראות הדין.



ח. כיסויים נוספים לרכישה בפוליסה נפרדת

אור 1 ריסק למקרה פטירה	סכום הביטוח	ש"ח	גיל סיום 75 ☐ 70 ☐ 67 ☐
נכות מתאונה	סכום הביטוח	ש"ח	1. נספחים עד גיל 65 או תום תקופת הביטוח היסודי לפי המוקדם מביניהם. (גיל - להגדרתו בתנאי הפוליסה)
מוות מתאונה	סכום הביטוח	ש"ח	2. סכום הביטוח בנספחים לא יהיה נמוך מ- 50,000 ש"ח ולא גבוה יותר מסכום הביטוח לאור 1 ריסק למקרה מוות

ט. פרטים בדבר העברת כספים מקופת גמל אחרת לפוליסת ביטוח

סכום ההפקדה החד-פעמית ייקבע על-פי הסכום שיועבר על-ידי הקופה המעבירה כמפורט בבקשת ההעברה - נספח א'.

שם גוף מנהל			
שם קופה מעבירה			
מס' אישור מ"ה			
מס' חשבון/פוליסה מקופה מעבירה			
סכום העברה משוער מכל קופה			
☐ קופות נוספות מפורטות בדף הנלווה			

ידוע לי כי, כספים שנויידו במעמד שכיר ישוייכו למעסיקים שהוגדרו בקופה המעבירה

י. מינוי מוטבים (מינוי מוטבים יחול לגבי כל הפוליסות ששולבו בהצעה זו)

בחי המבוטח - המבוטח. במקרה פטירה:

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למבוטח	החלק היחסי בתגמולי הביטוח באחוזים

יא. הצהרות המועמד לביטוח

אני הח"מ מבקש להתקבל כמבוטח בהתאם לתנאי תכנית הביטוח שנבחרה בהצעה זו לאחר שמצאתי אותה מתאימה לצרכי ואני מצהיר ומתחייב כדלקמן:

הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה: כל התשובות, הפרטים ומידע אחר שנמסר במסגרת הצעה זו ו/או במסגרת הצהרת הבריאות ("המידע") הינם נכונים ומלאים. המידע כאמור הינו מהותי למבטח והוא משמש בסיס לחיזוי הביטוח בדמי הביטוח ובתנאי כיסוי כפי שהוצעו, ומהווה חלק בלתי נפרד ממנו. אני מתחייב להודיע לחברה אם בעתיד יחול שינוי באלו מהמידע שנמסר וזאת מיד עם היוודע לי על דבר השינוי.

הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה: אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה - המועמד לביטוח ובעל הפוליסה מצהירים בזה שהפצויות החודשיים המבוקשות יחד עם הפיצוי החודשי המבוטח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 75% מהנסנתו הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. כן מצהירים המועמד לביטוח ובעל הפוליסה שידוע להם כי עליהם להודיע לחברה על כל שינוי במקצוע המועמד או בעיסוקו שיחול במשך תקופת הביטוח.

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות: אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ולא חלה עליי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי כי המידע ישמר במאגרי המידע של החברה ושל גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תוכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע והמסמכים שמסרתי ואמסור יועברו לצדדים שלישיים, לרבות כאלה הנמצאים בחו"ל, לצורך המטרות הנ"ל, כגון: לסוכני ביטוח/בעלי רישיון, מבטחי משנה, מעסיקים, גורמים מתפעלים, ספקים, קבלני משנה ושותפים עסקיים (לרבות לגופים אחרים במקרה של שינוי במבנה תאגידי או מכירת עסקי הקבוצה). מדיניות הגנת הפרטיות של קבוצת מגדל זמינה עבורך באתר האינטרנט <https://www.migdal.co.il> או באפליקציה של החברה.

העברת מידע בקווי תקשורת: אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התכנית ו/או אודותיי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט או באמצעי תקשורת חליפי, למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח ("קווי תקשורת") וכן כי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך כי במקרה זה יתכנו תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים המהווים פגיעה בפרטיות וזאת על אף אמצעי אבטחת מידע סבירים שהחברה נוקטת וכל עוד החברה נוקטת באמצעי אבטחת מידע כאמור. החברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת.

מינוי בעל רישיון: לטופס הצעה זה מצורף ייפוי כח הממנה את בעל הרישיון ששמו נקוב ביפוי הכח כבעל רישיון לטיפול בעסקה ("בעל הרישיון") בהתאם לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק בייעוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני), התשס"ה 2005. היה ובעתיד אמצאי לכח יפוי כח הממנה בעל רישיון אחר מזה המנוי בנספח להצעה זו יהיה בעל הרישיון אותו אנקוב ביפוי הכח המחליף בעל הרישיון לטיפול בתכנית הביטוח.

הצהרה בדבר קבלת יעוץ פנסיוני מבעל הרישיון: אני מצהיר כי ידוע לי שעל בעל הרישיון להתאים את הייעוץ או השיווק לצרכי הלקוח לאחר שבירר עימו את מטרות החיסכון שלו באמצעות מוצר פנסיוני, את מצבו הכספי דרך כלל, את החיסכון הקיים שלו, באמצעות מוצרים פנסיוניים ואת שאר הנסיבות הצריכות לעניין, ככל שהלקוח הסכים למסור לגביהם מידע, ולאור אלו נעשית הבחירה של סוג המוצר הפנסיוני, המוצר הפנסיוני והגוף המוסדי. אני מאשר כי קיבלתי יעוץ לגבי הרכישה של המוצר הפנסיוני וכי קיבלתי מבעל הרישיון מסמך בכתב, המפרט את הנימוקים של בעל הרישיון בדבר כדאיות החיסכון שלי באמצעות המוצר הפנסיוני הנרכש. כמו כן, נמסר לי כי מעת לעת מוציאה החברה תוכניות חדשות וכי ראוי לבדוק ולברר בכל עת בעתיד את המוצר שרכשתי ביחס לאלו שיהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התוכנית שרכשתי עשויים להשתנות.



011171840406010124

עמוד 4 מתוך 17 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 117/128

יא. הצהרות המועמד לביטוח - המשך

משלוח הודעות לחברה: בעל הרישיון כמופיע ביפוי הכח המצורף, או אם יוחלף בעתיד על ידי בעל רישיון אחר והודעה על מינוי בעל הרישיון האחר תומצא לחברה, יחשב כשלוח של החברה לעניין מתן ההודעות שלי ושל המוטב לחברה, למעט במקרים המפורטים להלן, שאז עלי למסור את ההודעות לחברה במישרין:

בקשה לשינוי מסלול השקעה, בקשה למשיכת כספים, בקשה להוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלתם או הקטנתם, בקשה להפקדה חד פעמית, בקשה להגדלת דמי הביטוח, בקשה לשינוי מוטב, בקשה לתשלומים בעקבות פטירת המבוטח, בקשה לביצוע תשלומי משיכה, המרה, היוון עם תום תקופת הביטוח, בקשה להפסקת הכיסוי הביטוחי, בקשה לקיצור או הארכה של תקופת הביטוח. וכן כל מסמך נוסף הנחוץ לצורך ביצוע הוראות/בקשות אלה, הנמסרות לחברה על ידי המבוטח, המוטב או כל אדם אחר, צריכות להימסר אך ורק במשרדי החברה באחת מן הכתובות כמפורט בתנאי הפוליסות.

איחור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי

לתשומת ליבך, רשות שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר 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 לדיעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

חתימת
המועמד לביטוח
(העובד) ★

תאריך

(*) "מי מטעמו" - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), התשע"ב 2012.

יב. הצהרת המועמד לביטוח בדבר הגבלת הפקדות והעברת כספים לקופת ביטוח

הנני מצהיר כי הצטרפתי לקופת ביטוח נשוא הצעה זו עומדת בהוראות הדין ובכלל זה בהוראות תקנות מס הכנסה (כללים לאישור ולניהול קופות גמל), התשכ"ד 1964- ולתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (העברת כספים בין קופות גמל), תשס"ח-2008:

- הנני מאשר כי בשנת המס הנוכחית בצעתי הפקדות לקופת גמל לקצבה שאינה קופת ביטוח בסכום מינימלי של תקרת ההפקדה החודשית* כפול 12 וכי ההפקדות שהנני מבקש להפקיד לפוליסת ביטוח נשוא הצעה זו, הינן בגין השכר שמעל הסכום הנ"ל.
- במקרה של העברת כספים, הנני מצהיר כי מתקיימים אחד מהתנאים הבאים:
- הכספים שיועברו לפוליסת ביטוח נשוא הצעה זו יועברו מפוליסת ביטוח אחרת.
- במקרה של העברת כספים מקופת גמל לקצבה שאינה קופת ביטוח, אני מצהיר כי הכספים הינם בשל חלק הצבירה שעולה על מכפלת תקרת ההפקדה החודשית* במספר החודשים שחלפו מאז הפקדתי לראשונה בקופה המעבירה.

*תקרת ההפקדה החודשית – פעמיים השכר הממוצע במשך כפול 20.5%

חתימת
המועמד לביטוח

תאריך

יג. הסכמה לפניות שיווקיות - (רשות)

☐ אני מסכים / ☐ אני לא מסכים כי המידע ישמש את החברה ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לצורך שיווק ודיוור ישיר אודות כיסויים ביטוחיים ומוצרים ו/או שירותים פיננסיים, 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 בטלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני mokedbi@migdal.co.il.

חתימת
המבוטח/בעל
הפוליסה ★

תאריך

(מהדורה 01.2024)



011171840506010124

עמוד 5 מתוך 17 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 117/128

יד. הצהרת המשווק הפנסיוני / היועץ הפנסיוני

1. אני מצהיר בזאת, כי שאלתי את העובד בין היתר את כל השאלות המופיעות למעלה וקיבלתי ממנו את כל הפרטים, המידע והמסמכים הדרושים ובין היתר את הפרטים המפורטים בטופס זה על צרופותיו וכי מסרתי למבוטח מסמך בכתב כקבוע בהסדר התחיקתי וכי מסמך זה נחתם לפניי.
2. הנני מצהיר ומאשר בזאת כי בקשת ההצטרפות לקופת ביטוח נשוא הצעה זו עומדת בהוראות הדין ובכלל זה בהוראות תקנות מס הכנסה (כללים לאישור ולניהול קופות גמל), התשכ"ד-1964 ולתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (העברת כספים בין קופות גמל), תשס"ח-2008:
- הנני מאשר כי בשנת המס הנוכחית המועמד לביטוח ביצע הפקדות לקופת גמל לקצבה שאינה קופת ביטוח בסכום מינימלי של תקרת ההפקדה החודשית כפול 12 וכי ההפקדות לפוליסת ביטוח נשוא הצעה זו, הינן בגין השכר שמעל הסכום הנ"ל.
 - במקרה של העברת כספים, הנני מצהיר כי מתקיימים אחד מהתנאים הבאים:
 - הכספים שיועברו לפוליסת ביטוח נשוא הצעה זו יועברו מפוליסת ביטוח אחרת.
 - במקרה של העברת כספים מקופת גמל לקצבה שאינה קופת ביטוח, אני מצהיר כי הכספים הינם בשל חלק הצבירה שעולה על מכפלת תקרת ההפקדה החודשית* במספר החודשים שחלפו מאז הפקיד המועמד לביטוח לראשונה בקופה המעבירה.

*תקרת ההפקדה החודשית – פעמיים השכר הממוצע במשק כפול 20.5%

חתימת
המשווק הפנסיוני/
היועץ הפנסיוני ★

תאריך





שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר פוליסה

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

הצהרת בריאות

טופס מספר 1

הנחיות למילוי הטופס:
השאלון ימלא עבור כל אחד מהמועמדים לביטוח. יש לסמן כן/לא. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט אשר מספרו רשום בסוגריים וכן לצרף מידע רפואי רלוונטי לרבות תוצאות בדיקות. השאלון מנוסח בגוף זכר יחיד לשם הנוחות, אך מיועד לשני המינים.
על כל מועמד שגילו 65 ומעלה לצרף תמצית רפואית המתייחסת למצבו הרפואי וכוללת את הפרטים הבאים לפחות: ניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו בחמש השנים האחרונות.

חלק א' - פרטים כלליים

מועמד ראשי לביטוח:			
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	גובה (ס"מ)* משקל (ק"ג)*
			* נדרש למלא מגיל 10 ומעלה
שם קופת החולים: ☐ מכבי ☐ מאוחדת ☐ כללית ☐ לאומית			

מועמד שני לביטוח:			
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	גובה (ס"מ)* משקל (ק"ג)*
			* נדרש למלא מגיל 10 ומעלה
שם קופת החולים: ☐ מכבי ☐ מאוחדת ☐ כללית ☐ לאומית			

חלק ב' רקע רפואי ואורח חיים

מבטח ראשי		בן / בת זוג	
כן	לא	כן	לא
☐	☐	☐	☐
1 האם יש לך עיסוקים/תחביבים/אורח חיים עם סיכון מיוחד? אם כן, צרף שאלון תחביבים/מקצועי ברכישת כיסוי לאובדן כושר עבודה או נכות מתאונה, אנו מבקשים להסב את תשומת לבך לרשימת פעילויות של ספורט אתגרי אשר מוחרגות מתכנית הביטוח ואינן מכוסות. הרשימה מופיעה באתר החברה בדף מוצר הביטוח ומתעדכנת מעת לעת. ההחרגה תהיה נכונה למועד קרות מקרה הביטוח. הננו ממליצים לבדוק את רשימת ההחרגות לספורט אתגרי מעת לעת.			
2 האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק לרבות סיגריות אלקטרוניות) אם כן ציין מס' סיגריות/פעמים שמעשן ביום: מבטח ראשי _____ בן/בת זוג _____			
אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות?			
☐	☐	☐	☐
3 האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ- 2 כוסות אלכוהול ליום? (22)			
☐	☐	☐	☐
4 האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר? (22)			
☐	☐	☐	☐
5 האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע? (21)			
☐	☐	☐	☐
6 האם ב- 5 השנים האחרונות אושפזת ו/או עברת ניתוח ו/או האם יעצו לך לעבור ניתוח? (3)			
7 האם ב- 5 השנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית ו/או פולשנית ו/או בדיקת הדמיה ונמצא בה ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי? אם כן צרף את תוצאות הבדיקות ופרט: _____			
☐	☐	☐	☐
8 האם נקבעה לך נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות ו/או מתעתד להגיש תביעה לנכות מכל סוג? (23)			
☐	☐	☐	☐
9 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)			
☐	☐	☐	☐

מק"ט 52310001 (מהדורה 04.2019)



011130010102010419

עמוד 7 מתוך 17 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 113

חלק ג'

האם במהלך חיך אובחנו מומים / הפרעות באחד או יותר מהאיברים ו/או המערכות הבאים ו/או חלית באחת המחלות הבאות?				
בן / בת זוג		מבטח ראשי		
כן	לא	כן	לא	
☐	☐	☐	☐	1 מערכת העצבים, המוח ו/או הפרעות התפתחותיות: לרבות אפילפסיה (4), אירוע מוחי, גידול מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, רעד, פרקינסון, שיתוק, פוליו, אספרגר, אוטיזם, הפרעות קשב וריכוז, סחרחורות והתעלפויות. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לידיה בזיכרון ב- 3 השנים האחרונות?
☐	☐	☐	☐	2 נפש: לרבות דיכאון (13), חרדות, תסמונת פוסט טראומטית. האם אובחנת כחולה במחלת נפש?
☐	☐	☐	☐	3 מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני (24).
☐	☐	☐	☐	4 מערכת ריאות ודרכי נשימה (1): לרבות אסטמה, ברוניטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשננה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות, שחפת.
☐	☐	☐	☐	5 מערכת הראיה (11): לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 7, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקנוס.
☐	☐	☐	☐	6 מערכת אף אוזן וגרון: לרבות ירידה בשמיעה (12), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טינטון, פוליפים, פגיעה במיתרי הקול.
☐	☐	☐	☐	7 מערכת הלב/לחץ דם (2), (28), כלי דם (14): לרבות יתר לחץ דם, כאבים בחזה, התקף לב, אי ספיקת לב, מום מולד בלב, הפרעות קצב, איוושה, פגיעה במסתמים, טרומבוזת, תסחיף ריאתי, מפרצת אאורטה, ורידים מורחבים, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים. האם עברת צנתור?
☐	☐	☐	☐	8 בקע ומערכת העיכול (6), (29): לרבות בקע/שבר/הרניה מכל סוג שהוא, ריפלוקס (החזר וושטי), קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, רקטוצלה, הפטיטיס/צהבת, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בדרכי המרה ו/או כיס מרה, דלקת בלבב (פנקריאטיטיס).
☐	☐	☐	☐	9 מערכת כליות ודרכי שתן (15): לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציטית, מום בכליה או מום אחר, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות חוזרות, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית (16).
☐	☐	☐	☐	10 מחלה מטבולית, הורמונאלית (אנדוקרינולוגיה): לרבות סוכרת (7), שומנים בדם (9), שיגדון (גאוס), גושה, FMF (18), בלוטת התריס/המגן (8), יתרת המגן/התריס, יתרת המח (פרולקטינומה/פרולקטינימה), הפרעות בגדילה (8).
☐	☐	☐	☐	11 מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות (25): לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת הדם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון, איידס/נשאות, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים.
☐	☐	☐	☐	12 מערכת השלד, השרירים, מפרקים (10), (19), בעיות ברכיים (17): לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב (5), בעיה בחוליות, בכטר, בריחת סידן (אוסטיאופורוזיס/אוסטיאופניה), פרטס, מחלת מפרקים ניוונית (אוסטוארטרוזיס), דלקת מפרקים שגרנית (ראומטיד ארטריטיס), לופוס (זאבת), פיבורמיאלגיה, תסמונת התשישות הכרונית, סקלרודרמה.
☐	☐	☐	☐	13 מערכת עור ומין (26): לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה.
☐	☐	☐	☐	14 מערכת הרבייה (27): נשים: לרבות גוש בשד/אבצס בשד, דימומים בלא קשר לווסת החודשית, רחם שרירי, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, הפלות חוזרות, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פרוין, האם את כעת בהריון? גברים: גוש בשד/אבצס בשד, בעיות פרוין, אשך טמיר, גידול באשך, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.

הערות:

חלק ד' - הצהרות

הצהרה זו תחול ותחייב כל אחד מהמועמדים לביטוח שנכללים בהצעה זו (לרבות בן / בת זוג, אם נכללו).

אני הח"מ, המועמד הראשי לביטוח וכל אחד מהמועמדים הנכללים בהצעה, מצהיר ומאשר בזאת:

- כל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. (ב) אם אדרש לכך על ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בדיוק רפואית על ידי רופא החברה והתשובות שתימסרנה על ידי רופא החברה תחשבה כחלק בלתי נפרד מהצהרתי. (ג) קבלה לביטוח: ידוע לי כי הסכמת החברה לקבל אותי או כל אחד מהמועמדים 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 רלבנטי ורק עם סיומו תודיע לי החברה אם קיבלה או לא קיבלה את ההצעה. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
- 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 כל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות, מכון מור, ובתי החולים האחרים, מרפאות בריאות הנפש, בית החולים גהה, המוסד לביטוח לאומי לרבות מידע על תשלומים ששילם ומשלם לי. לחברות הביטוח לקרנות הפנסיה (לרבות המבקש, לפי העניין), שלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, מנהל האוכלוסין ומשרד הפנים, למסור ל"מגדל חברה לביטוח בע"מ" ו/או "למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ" ("המבקש"). את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאות ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד. וכן כל מצא ואבחנה המצויים ברשותם והקשורים למצבי הרפואי. הנני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כאמור ולא תהייה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור. כן אני מייפה את המבקש לאסוף כל מידע שיראה בעיניו חשוב בקשר למצב בריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך ביורר הזכויות והחובות המוקנות על פי תכניות הביטוח. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ואני 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 המזכרים לעיל.

השימוש במידע יעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.

תאריך	חתימת מועמד לביטוח / נציג המועמד לביטוח	חתימת מועמד שני לביטוח
הצהרת סוכן הביטוח / עד לחתימה:	אני הח"מ מאשר בזאת כי המועמד לביטוח חתם בפני:	
תאריך	שם פרטי ומשפחה	מספר רישיון סוכן
	חתימת הסוכן / עד לחתימה	



011130010202010419

עמוד 8 מתוך 17 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 113



שם בעל הרישיון	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר סוכן

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

הוראה לחיוב חשבון - ביטוח חיים ופנסיה

טופס מספר 5

מספרי פוליסות / תוכניות									
☐ בכל פוליסות / תוכניות פרט / תגמולים לעצמאים ע"ש המבוטח									
☐ רק בפוליסות / תוכניות פרט / תגמולים לעצמאים שמספרן:									
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.

תשלום בכרטיס אשראי (לא ניתן לשלם באמצעות כרטיס אשראי החזר הלוואה ו/או תשלום חיובים לפוליסה ע"י מעסיק)					
אני מר/גברת:			בעל כרטיס אשראי		
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	סוג הכרטיס	מספר הכרטיס	בתוקף עד

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסת ביטוח חיים / פנסיה. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה למגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח האשראי לרבות חיובי הוצאות עקב אי כיבוד הוראת קבע בגין הפוליסות הנ"ל. הנני מסכים כי הסדר זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח ו/או קרן הפנסיה לפחות 30 יום לפני מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק 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/קרן הפנסיה.

תאריך		חתימת בעל/י החשבון	
-------	--	--------------------	--

תשלום בהוראת קבע						
שם הבנק	מספר סניף	מספר בנק	יישוב	כתובת הסניף (רחוב)	מספר בית	ת"ד
מספר חשבון			קוד מוסד			
			00602			

☒ הרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות ☐ הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:

☐ תקרת סכום החיוב ש"ח ☐ מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום ☐ (אם יישלחו 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

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 לרבות חיובי הוצאות עקב אי כיבוד הוראת קבע בגין הפוליסות הנ"ל, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).

2. כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:

א. עלי/נו 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 ידי/נו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה 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 שביני/נו 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 שביני/נו לבין הבנק.

6. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו 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 ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ עפ"י תנאי הפוליסה/ות / התכנית/ות ותוספותיה/ן.			
תאריך		חתימת בעל/י החשבון	

זיקה בין משלם למבוטח	
אם המשלם אינו מועמד לביטוח יש לפרט את מהות הקשר בינו לבין המועמד/ים לביטוח	
☐ קרבה מדרגה ראשונה	☐ קשר עובד מעסיק
☐ בעל פוליסה חריג	☐ טופס זיקה



011120050102010423

עמוד 9 מתוך 17 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 112



אישור הבנק לכבוד **מגדל חברה לביטוח בע"מ** ת.ד. 3063 פ"ת מיקוד 4951106
לכבוד **מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ** ת.ד. 3778 פ"ת מיקוד 4951106

קיבלנו הוראות מ- [] לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/נם בבנק 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	
תאריך		בנק וסניף		חתימה וחותמת הסניף★			





שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר סוכן גמל והשתלמות	מספר סוכן ביטוח
שם המפקח	מספר פוליסה	מספר סוכן פנסיה

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

הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רישיון) (נספח ב2)

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כוח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו
(☐ צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

טופס מספר **567**

לכבוד _____ (שם הגוף המוסדי), (מספר ח.פ.)

א. פרטי מייפה הכוח (הלקוח)									
מספר זהות			שם משפחה				שם פרטי		
יישוב			כתובת מגורים (רחוב)				מספר בית	מספר דירה	ת"ד

ב. פרטי מיופה הכוח (סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני, במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד)									
שם (יחיד / תאגיד)			רישיון מספר						
אשר הינו: (סמן את האפשרות המתאימה)			דואר אלקטרוני				מספר טלפון		
☐ יועץ פנסיוני	☐ סוכן ביטוח פנסיוני								

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני ומי מטעמו¹, לפנות בשמי לגוף המוסדי² המפורט לעיל לשם קבלת מידע³ אודות מוצרים פנסיוניים⁴ ותכנית ביטוח⁵ הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשותי להצטרפות למוצר או העברת בקשותי לביצוע פעולות בו והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית. אם מנוהלת עבורי תכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיופה הכח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

ג. הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים*									
(1) מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר			(2) מספר קידוד של המוצר (חובה)				(3) סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל		
☐ יועץ פנסיוני	☐ סוכן ביטוח פנסיוני						☐		
							☐		

* במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.
* אם מועבר "מספר הקידוד של המוצר" יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני". בממשק האירועים שדה "מספר קידוד אחיד" הוא שדה חובה.

* אם סימנתי X בעמודה (3), סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.

1. ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסוים)

שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:

- ☐ בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע על מוצר מסוים, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
☐ בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.

* חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם

2. תוקפו של ייפוי כוח

שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה

- ☐ הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.
☐ הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ-10 שנים - עד _____

ולראיה באנו על החתום:

תאריך	חתימת הלקוח*	תאריך	שם סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני	חתימת סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני*

¹"מי מטעמו" עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות בפיקוח על שירותים פנסיוניים (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), תשע"ב - 2012

²"גוף מוסדי" - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.
³"מידע אודות מוצר" - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל ששדרש.

⁴"מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31(2) לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח שאינה כלולה במוצר פנסיוני ואינה נמכרת אגב אותו מוצר כהגדרתה בסעיף 31(1) לחוק הייעוץ הפנסיוני, למעט תכנית ביטוח כאמור הכלולה במוצר ביטוח שאינו מוצר פנסיוני.

⁵"תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.



018855670101010323

עמוד 11 מתוך 17 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך 885 למידע ופעולות / קוד מסמך 393 למידע בלבד
(סימון X בסעיף ג' בפוליסה המתאימה)



מספר פוליסה	תאריך מילוי הטופס

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

טופס הכר את הלקוח

טופס מספר **2781**

1. פרטי מבוטח / עמית			
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות / דרכון	מדינת דרכון

2. בירור לעניין תושב חוץ / איש ציבור (1)	
2.1 האם אתה "תושב חוץ"? ☐ כן ☐ לא	
2.2 אם ענית כן ב-2.1 - מהי זיקתך לישראל? _____	2.3 שם המדינה _____
2.4 האם אתה או בן משפחתך (2) או שותף עסקי (3) שלך מכהן או כיהן בעבר בתפקיד ציבורי בכיר (4) בארץ או מחוץ לארץ ב-5 שנים האחרונות? ☐ כן ☐ לא	אם סומן כן - אנא מלא נספח מספר 1 "איש ציבור".

3. קיומו של נהנה בחשבון (5)	
3.1 האם הכספים בחשבון מוחזקים בעבור אדם אחר שאינו מקבל השירות? ☐ כן ☐ לא	
3.2 האם המבוטח או העמית מבצע את הפעילות בעבור אדם אחר שאינו מקבל השירות? ☐ כן ☐ לא	
3.3 האם אדם אחר שאינו מקבל השירות מכון את הפעילות בחשבון? ☐ כן ☐ לא	
3.4 האם הנהנה איש ציבור? ☐ כן ☐ לא	
אם סומן כן ב-3.1-3.3, אנא מלא נספח 1 "איש ציבור" ביחס לנהנה ופרטי נהנה בטופס פועל בעבור עצמי.	
3.5 אם סומן כן ב-3.1-3.3, האם מקבל השירות או הנהנה הינו תושב חוץ? ☐ כן ☐ לא	
3.6 אם ענית כן ב-3.5 - מהי זיקתו? _____	3.7 שם המדינה _____

4. זיקת הלקוח לגורם אחר	
4.1 האם קיים מיופה כח שאינו בעל רישיון בחשבון או בחוזה ביטוח חיים? ☐ כן ☐ לא	
4.2 אם סומן כן ב-4.1 - אנא סמן את הזיקה בינך לבין מיופה הכח: _____	☐ בן משפחה (2) ☐ שותף עסקי ☐ עובד או מעביד ☐ אחר
4.3 האם מתוכננות הפקדות מצד גורם אחר בחשבון או בחוזה ביטוח חיים? ☐ כן ☐ לא	
4.4 אם סומן כן ב-4.3 - אנא סמן את הזיקה בינך לבין אותו גורם: _____	☐ בן משפחה (2) ☐ שותף עסקי ☐ מעביד ☐ אחר
שם הגורם המפקיד (יש למלא רק אם הגורם המפקיד אינו בעל פוליסה או מבוטח או עמית): _____	
שם מלא _____	ת.ז. / ח.פ. _____ (יש לצרף צילום ת.ז.)

5. פרטים על משלח יד / מקצוע ועיסוק - מצב תעסוקתי	
5.1 ☐ שכיר ☐ שם המעסיק _____	
5.2 ☐ עצמאי ☐ שכיר בעל שליטה ☐ סמן אם הנך עצמאי או שכיר בעל שליטה ומלא את הנתונים שלהלן: _____	שם העסק _____ מען העסק _____ מחזור הכנסות שנתי _____
5.3 ☐ שכיר ועצמאי ☐ במידה והינך שכיר ועצמאי, יש לענות על שאלה 5.1 ו-5.2	
תחום העסק: _____	
☐ ילומים ואבני חן ☐ סחר בנשק ☐ נדל"ן ☐ עסק שאינו למטרות רווח ☐ סחר במתכות יקרות ☐ סחר במטבעות וירטואליים ☐ בלדרות ☐ נותן שירות אחראי או מתן שירות בנסק פיננסי ☐ עסק בו עיקר הפעילות במזומן ☐ ביצוע העברות כספים מישראל אל מדינות זרות או להיפך ☐ הימורים ☐ עסק שאינו למטרות רווח: ☐ עמותה ☐ גמ"ח ☐ מלכ"ר ☐ אחר _____	
אם אינך שכיר / עצמאי / שכיר בעל שליטה - סמן כאן: _____	
☐ חייל סדיר או מתנדב בשירות לאומי ☐ סטודנט ☐ קטין ☐ לא עובד ☐ חבר קיבוץ ☐ אברך / תלמיד ישיבה ☐ גמלאי - עיסוק טרם פרישה _____	



01116127810103200722

עמוד 12 מתוך 17 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 1161

6. מטרת ההתקשרות, מקור הכספים ופעילות מתוכננת

6.1 מטרת פתיחת החשבון או חוזה ביטוח החיים:

☐ חיסכון לטווח קצר (עד שנתיים) ☐ חיסכון לטווח ארוך (מעל שש שנים) ☐ חיסכון לטווח בינוני (בין שנתיים לשש שנים) ☐ חיסכון לגיל פרישה

6.2 מקור הכספים המופקדים:

☐ משכורת / קצבה ☐ תקבולים / הכנסות מעסק ☐ חסכונות שנצברו ☐ תקבולים מפעילות ניירות ערך בשוק ההון ☐ השקעות
☐ הלוואה ☐ ירושה ☐ פיצויי פיטורין / פרישה ☐ זכיה ☐ מכירת נכס ☐ העברת כספים מקופת גמל אחרת ☐ השכרת נכס ☐ מכירת עסק
☐ מתנה - שם נותן המתנה _____ זיקה לנותן המתנה _____
☐ כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה - סוג העסק _____ שם המדינה _____
☐ תרומה ☐ אחר _____

6.3 סכום הפקדות שנתיות צפויות (ש"ח) _____

6.4 תדירות הפקדות צפויה: ☐ חד פעמי ☐ חודשי ☐ רבעוני ☐ חצי שנתי ☐ שנתי ☐ אחר _____

6.5 אופן הפקדת הכספים בחשבון: ☐ המחאה ☐ הוראת קבע / אשראי ☐ העברה בנקאית

6.6 האם צפויות הפקדות/משיכות בחשבון/חוזה ביטוח חיים מ/אל מדינה זרה? ☐ כן ☐ לא אם סומן כן ב-6.6 שם מדינה _____

6.7 האם ידוע לך בשלב זה על משיכות צפויות בחשבון בשנה הקרובה? ☐ כן ☐ לא

7. גובה הכנסה ברוטו:

☐ עד 10,000 ש"ח ☐ בין 10,000 ל-15,000 ש"ח ☐ בין 15,000 ל-30,000 ש"ח ☐ מעל 30,000 ש"ח

8. הצהרות

8.1 האם בעבר גוף מוסדי סירב להעניק לך שירותים מסיבות הקשורות באיסור הלבנת הון או מימון טרור? ☐ כן ☐ לא

תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימה המבוטח

8.2 הריני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה מלא ומהימן, ואני מתחייב/ת לדווח על כל שינוי בהצהרתי זו.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימה המבוטח

- "איש ציבור" - בעל תפקיד ציבורי בכיר, בעבר או בהווה, אשר מונה לתפקיד מטעם מדינת ישראל או מדינה אחרת, ובין אם כיהן/מכהן בתפקיד בישראל או במדינה מחוץ לישראל;
- "בן משפחה" - בן זוג וכן אח, הורה, הורה הורה, צאצא או צאצא של בן הזוג, או בן זוגו של כל אחד מאלה.
- "שותף עסקי" - בעל שליטה משותפת בתאגיד או בעל קשרים עסקיים.
- "תפקיד ציבורי בכיר" - לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר מפלגה בכיר, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושא משרה בכיר בחברה ממשלתית, בעל תפקיד קבוע בארגון בין-לאומי או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;
- יובהר כי אין בסעיף האמור לפטור את בעל הפוליסה, המבוטח או העמית, לפי העניין, מהצהרה על נהנה לפי הוראות סעיף 5(א) לצו איסור הלבנת הון.



נספח 1 - איש ציבור

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות / דרכון
1. האם אתה בעל תפקיד ציבורי בכיר בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות כמפורט להלן (לרבות תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה)? ☐ כן ☐ לא		
☐ איני בעל תפקיד בכיר בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות	☐ ראש ממשלה	☐ חבר ממשלה (שר / סגן שר / חבר כנסת)
☐ ראש מדינה	☐ נשיא מדינה	☐ קצין צבא בכיר בדרגת תת אלוף ומעלה
☐ ראש עיר / רשות / מועצה מקומית	☐ סגן ראש עיר / רשות / מועצה מקומית	☐ קצין משטרה בכיר בדרגת סגן ניצב ומעלה
☐ שופט	☐ בעל תפקיד בכיר / ממלא מקום בארגון בינלאומי	☐ מנכ"ל / סמנכ"ל בחברה בתאגיד סטטוטורי
☐ אם אתה בעל תפקיד ציבורי בכיר בחמש השנים האחרונות, אנא ציין ☐ בארץ ☐ מחוץ לישראל. אם מחוץ לישראל, באיזו מדינה - _____		☐ מנכ"ל / סמנכ"ל של משרד ממשלתי
		☐ תפקיד ציבורי בכיר אחר, פרט: _____
2. האם יש לך בן משפחה (2) או שותף עסקי (3) שהוא בעל תפקיד ציבורי בכיר (4) בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות? ☐ כן. אם מחוץ לארץ, ציין את שם המדינה _____ ☐ לא		
אם סימנת כן, אנא פרט: _____		
ל בן משפחה , אנא ציין - שם _____ קרבה _____		
ל שותף עסקי , אנא ציין - שם _____ תחום עיסוק _____ שם התאגיד _____		
ח.פ. תאגיד _____ מדינת התאגדות _____		
נא לסמן את תפקידו לפי הרשימה שלהלן (לרבות תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה):		
☐ ראש ממשלה	☐ חבר ממשלה (שר / סגן שר / חבר כנסת)	
☐ נשיא מדינה	☐ קצין צבא בכיר בדרגת תת אלוף ומעלה	
☐ ראש עיר / רשות / מועצה מקומית	☐ קצין משטרה בכיר בדרגת סגן ניצב ומעלה	
☐ סגן ראש עיר / רשות / מועצה מקומית	☐ מנכ"ל / סמנכ"ל בחברה בתאגיד סטטוטורי	
☐ שופט	☐ מנכ"ל / סמנכ"ל של משרד ממשלתי	
☐ בעל תפקיד בכיר / ממלא מקום בארגון בינלאומי	☐ תפקיד ציבורי בכיר אחר, פרט: _____	
3. האם אתה פועל בשם תאגיד? ☐ כן ☐ לא		
אם התשובה חיובית - האם אחד מבעלי השליטה בתאגיד הוא בעל תפקיד ציבורי בכיר בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות כמפורט להלן (לרבות תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה)? (נא לסמן):		
☐ אף אחד מבעלי השליטה בתפקיד הינו בעל תפקיד בכיר בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות	☐ ראש ממשלה	☐ חבר ממשלה (שר / סגן שר / חבר כנסת)
☐ ראש מדינה	☐ נשיא מדינה	☐ קצין צבא בכיר בדרגת תת אלוף ומעלה
☐ ראש עיר / רשות / מועצה מקומית	☐ סגן ראש עיר / רשות / מועצה מקומית	☐ קצין משטרה בכיר בדרגת סגן ניצב ומעלה
☐ שופט	☐ בעל תפקיד בכיר / ממלא מקום בארגון בינלאומי	☐ מנכ"ל / סמנכ"ל בחברה בתאגיד סטטוטורי
☐ אם אתה בעל תפקיד ציבורי בכיר בחמש השנים האחרונות, אנא ציין ☐ בארץ ☐ מחוץ לישראל. אם מחוץ לישראל, באיזו מדינה - _____		☐ מנכ"ל / סמנכ"ל של משרד ממשלתי
		☐ תפקיד ציבורי בכיר אחר, פרט: _____
שם בעל השליטה _____ שם התאגיד _____		
ח.פ. _____ מדינת התאגדות _____		

- (1) "איש ציבור" - בעל תפקיד ציבורי בכיר, בעבר או בהווה, אשר מונה לתפקיד מטעם מדינת ישראל או מדינה אחרת, ובין אם כיהן/מכהן בתפקיד בישראל או במדינה מחוץ לישראל;
- (2) "בן משפחה" - בן זוג וכן אח, הורה, הורה הורה, צאצא או צאצא של בן הזוג, או בן זוג של כל אחד מאלה.
- (3) "שותף עסקי" - בעל שליטה משותפת בתאגיד או בעל קשרים עסקיים.
- (4) "תפקיד ציבורי בכיר" - לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר מפלגה בכיר, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושא משרה בכיר בחברה ממשלתית, בעל תפקיד קבוע בארגון בין-לאומי או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;



01116127810303200722

עמוד 14 מתוך 17 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 1161



נספח קופות נוספות לניוד

יש למלא נספח זה באם ישנן קופות נוספות לניוד פרט לקופה המצויינת בטופס ההצעה.

א. פרטי המועמד לביטוח ("המבוטח")									
מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		מין	
								מין ☐ זכר ☐ נקבה	
יישוב		כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית		מס' דירה		ת"ד	
מספר טלפון נייד		דואר אלקטרוני		מקצוע		עיסוק		מספר טלפון	

ב. פרטי הקופה המעבירה וסכום משוער להעברה				
סכום ההפקדה החד-פעמית ייקבע על-פי הסכום שיועבר על-ידי הקופה המעבירה כמפורט בבקשת ההעברה - נספח א'.				
שם גוף מנהל				
שם קופה מעבירה				
מס' אישור מ"ה				
מס' חשבון/פוליסה מקופה מעבירה				
סכום העברה משוער מכל קופה				
שם גוף מנהל				
שם קופה מעבירה				
מס' אישור מ"ה				
מס' חשבון/פוליסה מקופה מעבירה				
סכום העברה משוער מכל קופה				
שם גוף מנהל				
שם קופה מעבירה				
מס' אישור מ"ה				
מס' חשבון/פוליסה מקופה מעבירה				
סכום העברה משוער מכל קופה				

(מהדורה 01.2023)





מספר הסוכן
475
שם המפקח

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

בקשת העברה לקופת ביטוח - נספח א'
מיועד לעמית עצמאי או לעמית שכיר - בהתאם לטופס ההצעה שנשלח לקופה המקבלת
טופס מספר 50

לכבוד:

שם הגוף המנהל של קופת הגמל המעבירה	שם קופת הגמל המעבירה	מספר אישור מס הכנסה של הקופה המעבירה

בקשה להעברת כספים למגדל חברה לביטוח בע"מ

מצ"ב בקשתו של העמית, שפרטיו מפורטים להלן, להעברת כספים מחשבונו אצלכם, כמפורט להלן.
בהמשך לבקשה, אנו מתחייבים בזאת בהתחייבות בלתי חוזרת לקבל את הכספים ולשאת באחריות הביטוחית לגבי העמית, בכפוף לאמור בטופס לעניין הכיסוי הביטוחי בקופת גמל מקבלת החל במועד הקובע*, כהגדרתו בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל)(העברת כספים בין קופות גמל), התשס"ח - 2008 (להלן "המועד הקובע" ו-"התקנות" בהתאמה).
בהעברה מקופת גמל שאינה קרן חדשה זכאית לקרן חדשה זכאית - הסכום המרבי שניתן להעביר לפי תקנה 2 (ד) (1) לתקנות, (להלן: "הסכום המירבי") בעד כל שנת ותק בקופה המעבירה, הוא _____ שקלים בלבד
לכל מונח במסמך זה תהא המשמעות הנודעת לו בתקנות, אלא אם כן נקבע בו במפורש אחרת.

א. פרטי העמית

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	סטטוס עמית בקופה המעבירה
			☐ עמית פעיל ☐ עמית לא פעיל
ישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה
מיקוד	ת"ד	מיקוד	ת"ד

ב. בקשת העברה

1. לגבי עמית הרוכש כיסויים ביטוחיים במסגרת קופה מקבלת
אני הח"מ מצהיר כי קיבלתי את התנאים לעניין הכיסוי הביטוחי במגדל חברה לביטוח בע"מ וכי הוסברו לי תנאים אלה, ככל שנקבעו תנאים כאמור.

חתימת העמית *	חתימת העמית (עמית נתון לאפטרופוסות) שם האפטרופוס	חתימת האפטרופוס *

2. אני מבקש להעביר את:

☐ מלוא הכספים

☐ הסכום להעברה _____ או שיעור של _____ מתוך הסכומים שנצברו לזכותי בחשבון _____

☐ סכום הכספים שהופקדו בחשבון עד יום _____ / החל מיום _____

שנצברו לזכותי

☐ בכל מרכיבי החשבון ☐ במרכיב התגמולים ☐ במרכיב הפיצויים

במסלול השקעה

☐ כל מסלולי ההשקעה

☐ מסלול או מסלולי ההשקעה מהם העמית ירצה להעביר את הכספים שנצברו לזכותו

בחשבון מס' _____ (מס' החשבון בקופת הגמל המעבירה) בקופת הגמל _____ (שם קופת הגמל המעבירה)

לחשבון מס' _____ (מס' החשבון בקופת הגמל המקבלת) במגדל חברה לביטוח בע"מ שהיא:

☐ קופת גמל לתגמולים שהיא קופת ביטוח

☐ קופת גמל אישית לפיצויים שהיא קופת ביטוח

☐ קופת גמל לקצבה שהיא קופת ביטוח

ולאחר שקראתי בעיון את התנאים שנקבעו לעניין הכיסוי הביטוחי בקופת הגמל המקבלת והוסברו לי תנאים אלה היטב, ככל שנקבעו תנאים כאמור.



011770500102220921

עמוד 16 מתוך 17 דפים

קוד מסמך: 1770

ב. בקשת העברה - המשך

לידיעתך, ברירת המחדל להעברת הכספים, במידה שלא ציינת את סך היתרה שתועבר לקופה המקבלת, מרכיבי החשבון שמהם יועברו הכספים או את מסלולי ההשקעה שמהם תרצה להעביר את הכספים, היא העברת מלוא הכספים שנצברו בחשבונך בקופה המעבירה, בכל מרכיבי החשבון ובכל מסלולי ההשקעה.

להעביר למספר חשבון של הקופה המקבלת 21000/93 סניף מס' 800 בנק 10.

ג. הצהרות העמית

- אני נותן בזה את הסכמתי לכך שתמסרו את כל הפרטים, הנתונים והמסמכים שיש לכם לגביי, ובכלל זה פירוט בדבר התנאים או הסייגים שנקבעו לגבי בקופה המעבירה לעניין הכיסוי הביטוחי לסיכונים מוות או הכיסוי הביטוחי לסיכונים נכות - ככל שנקבעו, ואשר נדרשים לפי הוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר לפי סעיף 23 (ד) לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ה - 2005, למגדל חברה לביטוח בע"מ.
- ידוע לי כי במועד הקובע ואילך תהיו פטורים מלשלם לי כל תשלום שהוא, לרבות בשל חבות ביטוחית, הנובע מהכספים שהועברו לקופת הגמל המקבלת.
- אני מצהיר, כי למיטב ידיעתי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו מתקיימים כל התנאים המפורטים להלן:
 - לא קיים צו עיקול על חשבוני בקופה המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל.
 - לא קיים שעבוד שנעשה כדין על חשבוני בקופה המעבירה במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל.
 - לא קיימת בחשבוני בקופה המעבירה יתרת חוב בשל הלוואה שטרם נפרעה במלואה.
 - לא התחלתי לקבל קצבת זקנה בקופה המעבירה בגין הסכום להעברה.
 - לא הגשתי בקשה לקבלת קצבת נכות בקופה המעבירה שעודה תלויה ועומדת ולא אושרה זכאותי לקבל קצבת נכות מהקופה המעבירה שטרם פקעה.

ידוע לי כי ככל שמתקיימים לגביי במועד חתימתי על בקשת העברה זו ועד למועד ההעברה אחד מהתנאים האמורים, תבוטל בקשת ההעברה ולא תבוצע העברת כספים לקופה המקבלת.

4. לגבי עמית פעיל* בלבד:

ידוע לי כי בקשתי האמורה מותנית בכך שלא יחלפו למעלה מ-120 ימים ממועד הגשת הבקשה ועד למועד שבו יופקדו בשלי לראשונה בקופה המקבלת כספים, אלא אם כן אודיע, לקופה המקבלת כי לא יופקדו בשלי כספים בקופה המקבלת. כמו כן ידוע לי כי אם אודיע כאמור, איחשב לעניין המועד הקובע כעמית לא פעיל.

☐ אני מבקש כבר עכשיו להודיע, כי לא יופקדו בשלי כספים לקופה המקבלת.

חתימת העמית *	חתימת האפוטרופוס *	שם העמית (עמית נתון לאפוטרופוס) שם האפוטרופוס
--	---	--

5. חתימתי על בקשה זו נעשית לאחר שקראתי אותה בעיון ותוכנה הוסבר לי היטב, ולאחר ששקלתי את האמור בה וגמרתי אומר להתחייב בה.

לידיעתך, בקשת העברה זו ניתנת לביטול **ובלבד שהכספים טרם הועברו**. ביטול ייעשה על-ידי חתימה על טופס הודעת ביטול והעברתו לקופה המעבירה (הקופה ממנה מועברים הכספים). העברת הטופס אפשרית, בין היתר, בפקס, בדואר או בדוא"ל.

ולראיה באנו על החתום:

חתימת העמית *	שם העמית	תאריך
חתימת האפוטרופוס *	שם האפוטרופוס (עמית נתון לאפוטרופוס)	

* כהגדרתם בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (העברת כספים בין קופות גמל) התשס"ח - 2008.

