

שם הסוכן	מספר הסוכן
שם המפקח	

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



דף הנחיות לטופס 30 בקשה לשינויים בפוליסה/ות פרט

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו בביצוע בקשתך לשינוי, נבקשך לקרוא בעיון את ההנחיות שלהלן ולמלא את הטופס בקפידה. באם הנך מעוניין שסוכן הביטוח הקבוע בפוליסה יטפל בבקשתך, יש למלא ולחתום על פסקת המינוי המיועדת לכך בטופס הבקשה.

מסמכים שיש לצרף לצורך ביצוע השינוי:

1. טופס "שינוי בפוליסה/ות פרט" (טופס 30)
2. במקרה של הגדלת פרמיה חובה למלא שאלות לעניין FATCA (סעיף ב). אם אזרח / תושב ארצות הברית - יש למלא טופס W9
3. בהוספה / הגדלה של כיסוי / פרמיה:
 - טופס "הצהרת בריאות" (טופס מספר 1)
 - טופס "שאלון החלפה / שינוי בפוליסה ביטוח חיים" (טופס מספר 2)
4. בחידוש פוליסה - טופס "הצהרת בריאות" (טופס מספר 1)
5. במידה והפוליסה כפופה לצו הלבנת הון, יש לצרף טופס הצהרה מתאים (פועל עבור עצמי / פועל עבור אחר)
6. ניתן להעביר טופס "הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות" (נספח ב), בפוליסות ריסק ואובדן כושר עבודה.

את הטפסים ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתוב: www.migdal.co.il
(דף הבית < שירות לקוחות < טפסים להורדה < טפסי ביטוח חיים).

דגשים נוספים:

- יש להקפיד למלא בכתב קריא וברור, את כל הפרטים בטופס כולל חתימות.
- במידה והשינוי מבוקש עבור כל הפוליסות, יש לסמן זאת בטופס במקום המתאים. במידה והשינוי מבוקש עבור פוליסה ספציפית, יש לרשום את הפוליסה ליד השינוי המבוקש.

לתשומת לבך, לפעולה המבוקשת יכולה להיות השלכה על זכויות וכיסויים ביטוחים שברשותך. יש באפשרותך להתייעץ עם סוכן ביטוח / יועץ פנסיוני / משווק פנסיוני, לפני ביצוע הפעולה, לצורך בחינתה והתאמתה לנסיבות ולמאפייניך האישיים בהתאם למידע הרלבנטי שתמסור. במידה והנך בוחר לבצע את הפעולה באופן ישיר, הנך מסכים לכך שהאחריות על תוצאות בקשתך הנ"ל מוטלת עלייך באופן בלעדי, ומגדל חברה לביטוח בע"מ לא תישא בכל אחריות בקשר לכך.

ניתן להעביר את טופס הבקשה והמסמכים הרלוונטיים לסוכן הביטוח שלך או למשרדינו לכתובת המופיעה מטה עבור: תפעול חסכון ארוך טווח.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה

בברכה,
מערך תפעול חסכון ארוך טווח

מגדל חברה לביטוח בע"מ

מידע נוסף ניתן למצוא באתר www.migdal.co.il או אצל סוכן הביטוח שלך
כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 3063 קרית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106

קוד מסמך: 228



011171650104151216

עמוד 1 מתוך 4 דפים

שינוי בפוליסה/ות פרט

טופס מספר **30**

שים לב: לשינוי שמות, מען מגורים, מקצוע, פרטי חשבון בנק וכדומה יש למלא טופס מספר 20

שם הסוכן	מספר הסוכן
שם המפקח	

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

א. פרטי המבוטח/ים					
מבוטח	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
ראשי	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
	מצב משפחתי	מין	דואר אלקטרוני	עיסוק	
שני	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
	מצב משפחתי	מין	דואר אלקטרוני	עיסוק	

ב. שאלות לעניין FATCA לצורך דיווח לשלטונות המס בארה"ב			
1. האם אתה אזרח ארצות הברית?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	2. האם אתה תושב ארצות הברית לצרכי מס?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> *
אם סימנת "כן" בסעיפים 1 ו-2 (באחד מהסעיפים או בשניהם), נא צרף טופס W9 ¹⁸ מלא על כל פרטיו, הכולל רישום של מספר הזהוי הפדרלי שלך לצרכי מס בארה"ב (U.S. TIN). כמו כן, אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן.			

ג. בקשה לשינויים בפרמיות / בביטוחים ובכיסויים נוספים

ברצוני לבצע את השינוי החל מתאריך _____ כמפורט בטבלה:
*שים לב, אם השינוי המבוקש הוא בפוליסת ריסק (אור /1 אור 5), יש לציין שינוי בפרמיה (סעיף 1) או סכום ביטוח בש"ח (סעיף 2). אין לבחור בשני הסעיפים יחד
1. שינויים בפרמיות (יש לסמן X ליד השינוי המבוקש):

מספרי פוליסות מבוטח ראשי	מספרי פוליסה מבוטח שני	ש"ח	ש"ח
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ברצוני להגדיל פרמיה לסך של _____	ברצוני להקטין פרמיה לסך של _____

2. שינויים בכיסויים נוספים (יש לסמן X ליד השינוי המבוקש):

הכיסוי המבוקש	סוג השינוי - סמן X				הסכום בש"ח לאחר השינוי נכון למדד תאריך השינוי
	הגדלה	הוספה	ביטול	הקטנה	
<input type="checkbox"/> אור 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> אור 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> נכות מתאונה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> מזור	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> פרנציזה לכיסוי קיים*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> הרחבה לאבדן כושר עבודה לכיסוי קיים*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> אחר (פרט בסוג השינויים)					

* יש למלא בנוסף סעיף ד' - כיסוי לפיצוי חודשי באובדן כושר עבודה.



ג. בקשה לשינויים בפרמיות / בביטוחים ובכיסויים נוספים - המשך

הכיסוי המבוקש	סוג השינוי - סמן X				בכל הפוליסות <input type="checkbox"/>	בפוליסות המפורטות מטה <input type="checkbox"/>	הסכום בש"ח לאחר השינוי נכון למדד תאריך השינוי
	הגדלה	הוספה	ביטול	הקטנה			
<input type="checkbox"/> אור 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> אור 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> נכות מתאונה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> מזור	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> פרנציזה לכיסוי קיים*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> הרחבה לאבדן כושר עבודה לכיסוי קיים*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> אחר (פרט בסוג השינויים)							

מבוטח משני

* יש למלא בנוסף סעיף ד' - כיסוי לפיצוי חודשי באובדן כושר עבודה.

אם ברצונך **לחדש פוליסה*** יש לציין את מספר הפוליסה לחידוש ולבחור באופן החידוש.

מספר פוליסה מבוטח ראשי: _____ מספרי הפוליסות מבוטח שני: _____

אופן החידוש:

בהתאם לכיסויי הביטוחיים שהיו טרם החידוש בהתאם למסומן בטבלה

* בהוספה / הגדלה של כיסוי / פרמיה / חידוש יש לצרף טפסים נדרשים בהתאם להנחיות בדף המקדים לטופס זה.

ד. כיסוי לפיצוי חודשי באובדן כושר עבודה - מבוטח ראשי

גובה הכיסוי המבוקש: _____ ש"ח מספרי הפוליסות: _____

נא סמן V- את פרטי הכיסוי המבוקש במקומות המתאימים בטבלה.

הכיסוי המבוקש	שחרור בלבד	מבנה דמי ביטוח		חודשי המתנה		הרחבה לנכות חלקית* רק בפרמיה משתנה <input type="checkbox"/>	תוספת פיצוי - פרנציזה <input type="checkbox"/>	נספח "עוז"
		משתנים (ברירת מחדל)	קבועים	3 (ברירת מחדל)	6			
<input type="checkbox"/> שלווה						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> מגדל להכנסה						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓
<input type="checkbox"/> מגדל להכנסה פלוס				✓		✓	✓	✓

הערה: בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באובדן כושר עבודה על 75% ממוצע הכנסותיך המוצהרות ב 12 - החודשים האחרונים טרם קרות מקרה הביטוח, וכן יקוזז מסכום הפיצוי כל פיצוי חודשי המגיע לך ממבטח אחר והכול בכפוף לאמור בתנאי הפוליסה.

* בהתאם לאמור בתנאי הפוליסה, הרחבת הכיסוי למקרה של נכות חלקית בשיעור העולה על 25% ועד 74%, תסתיים בהגיע המבוטח לגיל 60.

כיסוי לפיצוי חודשי באובדן כושר עבודה - מבוטח שני

גובה הכיסוי המבוקש: _____ ש"ח או % _____ מהשכר.

נא סמן V- את פרטי הכיסוי המבוקש במקומות המתאימים בטבלה.

הכיסוי המבוקש	שחרור בלבד	מבנה דמי ביטוח		חודשי המתנה		הרחבה לנכות חלקית* רק בפרמיה משתנה <input type="checkbox"/>	תוספת פיצוי - פרנציזה <input type="checkbox"/>	נספח "עוז"
		משתנים (ברירת מחדל)	קבועים	3 (ברירת מחדל)	6			
<input type="checkbox"/> שלווה						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> מגדל להכנסה						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓
<input type="checkbox"/> מגדל להכנסה פלוס				✓		✓	✓	✓

הערה: בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באובדן כושר עבודה על 75% ממוצע הכנסותיך המוצהרות ב 12 - החודשים האחרונים טרם קרות מקרה הביטוח, וכן יקוזז מסכום הפיצוי כל פיצוי חודשי המגיע לך ממבטח אחר והכול בכפוף לאמור בתנאי הפוליסה.

* בהתאם לאמור בתנאי הפוליסה, הרחבת הכיסוי למקרה של נכות חלקית בשיעור העולה על 25% ועד 74%, תסתיים בהגיע המבוטח לגיל 60.



012280300304151216

עמוד 3 מתוך 4 דפים

קוד מסמך: 228

ה. הצהרות המבוטח / בעל הפוליסה

אני הח"מ, מבקש להוסיף לפוליסה כיוסיים ביטוחיים/הרחבות / כתבי שירות כמפורט במסמך זה לעיל, בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח ו/או הכיוסיים ו/או כתבי השירות שנבחרו ואני מצהיר כדלקמן:

במקרה של הוספת כיוסי

1. החברה מסרה לי כי הכיוסיים הביטוחיים וההרחבות המשוקים על ידה מעת לעת, לרבות אלו נשוא בקשה זו, מפורסמים באתר האינטרנט של החברה. מרכיבי הכיוסיים הביטוחיים הנרכשים לרבות בהרחבות, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי ביטוח וגבולות אחריות עיקריים, וכן אמצעי התשלום ותנאי התשלום האפשריים ידועים לי. נמסר לי דבר קיומם / אי קיומם של תקופת המתנה ו/או תקופת אכשרה ו/או החרגות לכיוסי הביטוחי ו/או השתתפות עצמית בכיוסיים הנרכשים, וידוע לי כי באפשרותי לקבל מידע מפורט בעניין זה.
- כן ידוע לי, כי קיימים בחברה כיוסיים ביטוחיים נוספים מסוגים שונים, הנבדלים מהכיוסיים נשוא הצעה זו בהרכב הכיוסי הביטוחי, בעלותם ובהיקפם, ואני מאשר כי הכיוסיים הביטוחיים הנוספים נבחרו על ידי לאחר שמצאתי אותם מתאימים לצרכי. כמו כן נמסר לי כי מעת לעת מוציאה החברה תכניות חדשות וכיוסיים ביטוחיים חדשים וכי ראוי לבדוק ולברר בכל עת בעתיד את הכיוסי הנרכש ביחס לאלו שיהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על הכיוסיים הביטוחיים הנרכשים עשויים להשתנות.
2. החברה מסרה לי כי רכישת הכיוסיים/הנוספים ו/או ההרחבות ו/או כתבי השירות הינם לבחירתי וכי אני רשאי לבחור בהם או לוותר עליהם, מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה.

הצהרה לפי איסור הלבנת הון

3. אני מצהיר כי אני פועל בעבור עצמי ולא בעבור אחר, כנדרש בצו לאיסור הלבנת הון.

הצהרה לעניין FATCA

4. החברה הודיעה לי כי אם (1) אצהיר כי אני אזרח או תושב ארצות הברית לצרכי מס או (2) אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני אזרח או תושב ארצות הברית לצרכי מס וסירבתי למלא את הטפסים לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הזיהוי שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה-FATCA.

ו. מינוי סוכן (ניתן להעביר נספח ייפוי כח בפוליסות ריסק ואובדן כושר עבודה)

הנני מבקש למנות סוכן:

לכל פוליסות הפרט שבבעלותי.

לפוליסות הפרט שמספרן 1. _____ 2. _____ 3. _____

שם סוכן	מספר סוכן	החל מתאריך

ז. הצהרות הסוכן לעניין FATCA

אני מאשר בזאת כי בעת מילוי הבקשה לפדיון לא מסר המבוטח / בעל פוליסה / מוטב למקרה חיים לידי פרטים שמחייבים מילוי טופס W8 עלי ידו.

תאריך	שם סוכן	חתימת הסוכן ★

ח. חתימות (בכל מקרה שבו בעל הפוליסה אינו המבוטח, יחתום גם בעל הפוליסה על בקשת השינוי)

תאריך	חתימת מבוטח ראשי ★	חתימת מבוטח שני ★	חתימת בעל הפוליסה (במידה ושונה מהמבוטח) ★

