



הצהרת בריאות

טופס מספר **1**

שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר פוליסה

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס **בעט בלבד** ולא בעירון

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
_____	_____	_____	____/____/____	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	יישוב	מיקוד	מספר טלפון
_____	_____	_____	_____	_____	מספר טלפון נייד
דואר אלקטרוני			מקצוע / עיסוק		
_____			מקצוע / עיסוק		
_____			גובה (ס"מ)		
_____			משקל (ק"ג)		
_____			_____		

שאלה / המחלה	כן	לא
ד. מחלות לב וכלי הדם, כגון: התקף לב, אוטם, טרומבоз, אנגינה פקטוריס, לחץ דם גבוה, אי ספיקת לב, הפרעות קצב הלב או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ה. מחלות דרכי עיכול, כגון: אולקוס (כיב קיבה או תריסרון), מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כבד וכיס מרה, חולי או בדיקות הקשורות במחלות הצהבת (מסוג Hepatitis), דם סמוי בצואה או מחלה מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ו. מחלות כליה ודרכי השתן, כגון: מחלות או זיהומים בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ז. מחלות חילוף חומרים, כגון: סוכרת, מחלות בלוטות, מחלות בלוטות המגן, שומנים גבוהים בדם, כולסטרול מעל 220 מ"ג %, המופיליה או הפרעות אחרות הקשורות בדם.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ח. מחלות מין ועור, כגון: עגבת, פצע שאינו מתרפא, שינויים בגודל וצורה של נקודת חן, יבלת, מלנומה או סרטן עור.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ט. חולי או הדבקות הקשורות באיידס (תסמונת הכשל החיסוני) או האם אתה נושא נגדנים של איידס.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
י. כאבי גב, מחלות פרקים ועצמות, כגון: דלקות פרקים, ראומטיזם, ארטריטיס, או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. האם אי פעם נדחתה או נתקבלה בתנאים מיוחדים הצעתך לביטוח חיים או בריאות בחברת ביטוח כלשהי?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. האם אתה מקבל תרופות? נא פרט מטה:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

שם התרופה	המינון

שאלה / המחלה	כן	לא
1. עישון (סמן את האפשרות המתאימה): <input type="checkbox"/> אינני מעשן ולא עישנתי בעבר <input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (שנה / חודש) _____ <input type="checkbox"/> אינני מעשן כיום, עישנתי בעבר _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (שנה / חודש) _____ ועד תאריך (שנה / חודש) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. אלכוהול : אני צורך/צרכתי יותר מליטר אלכוהול בשבוע החל משנת _____ ועד שנת _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. סמים : אני צורך/צרכתי סמים. מזה _____ שנים שאיני צורך סמים. ציין את סוג הסמים ואת תקופת השימוש (שנה/חודש): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. האם אתה בריא כעת, מסוגל לעבוד בעבודתך במשרה מלאה והאם היית בריא ומסוגל לעבוד ב- 12 החודשים האחרונים לפני מילוי הצהרה זו?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. האם ייעצו לך לעבור ניתוח או אשפוז בבית חולים ב- 10 השנים האחרונות? האם עברת אי פעם ניתוח?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי, מקבל טיפול רפואי, האם נפצעת בתאונה או עברת בדיקות ב- 3 החודשים האחרונים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. האם נעדרת מהעבודה בשל מחלה למעלה מחודש ב- 5 השנים האחרונות?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. האם אתה סובל או סבלת בעבר מאחת מן המחלות / הפרעות שלהלן: א. סרטן, גידול, גוש או ממאירות ב. מחלות העצבים והחושיים, כגון: שיתוקים, סחרחורת והתעלפויות, אפילפסיה, כאבי ראש כרוניים (מיגרנות), הפרעות תנועה או תחושה, הפרעה בראיה או בשמיעה, דיכאון או מחלות נפשיות. ג. מחלות דרכי הנשימה והריאה, כגון: אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, יריקת דם, שיעול ממושך, אמפיזמה, מחלת קרום הריאה או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

אם התשובה על אחת או יותר מהשאלות 9-5 היא "כן", נא פרט ורשום את מספר השאלה שבגינה הפירוט:

מספר שאלה	המחלה/הפרעה/ הבדיקה/הפציעה/הנכות	מתי החלה (חודש ושנה)	מתי הסתיימה (חודש ושנה)	האם החלמת/ האם ממציא הבדיקה תקינים	איזה טיפול קיבלת ומתי (חודש ושנה)	האם היית מאושפז ומתי (חודש ושנה)	האם הסתיימה, האם חזרה מספר פעמים	האם נקבעו אחוזי נכות

המוסד הרפואי המטפל	שם קופת החולים	שם הסניף	שם הרופא המטפל	כתובת הרופא או הסניף
<input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית				

הצהרות: אני הח"מ, ומשפחתי אם נכללה בהצעת הביטוח, מצהיר/ים בזה שכל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. אני מתחייב אם אדרש לכך על ידי החברה להיבדק בדיקה רפואית על ידי רופא החברה והתשובות שתימסרנה על ידי לרופאי החברה תישבנה כחלק מהצעת/ינו. ידוע לי שהביטוח נכנס לתוקפו, רק לאחר שהחברה הודיעה על תנאי קבלת רגילים, או במקרה שהחברה הודיעה על תנאי קבלה מיוחדים, רק לאחר הסכמתי להם, ובתנאי נוסף שמיום הבדיקה או מיום החתימה על הצהרת הבריאות ועד ליום שבו החליטה החברה על הסכמתה לעריכת הפוליסה לא חל שינוי במצב בריאותי, באורח חיי ובעיסוקי. ידוע לי כי הצהרת הבריאות והצהרת המבוטח ונכונותן הן תנאי לחבות המבטח.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	מספר זהות	חתימת המועמד לביטוח

יתור על סודיות רפואית: אני הח"מ, בשמי ובשם ילדי, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאסטרופוס/ית טבעית/שלהם, נתנים בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדי הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה, וכן, כל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, המוסד לביטוח לאומי, לחברות הביטוח, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון למסור ל"מגדל חברה לביטוח בע"מ", ו/או ל"מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ", להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש" על מצב בריאותי/נו ו/או על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שהנינו/ חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעת, והנני/נו משחרר/ים אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנגוע למצב בריאותי/נו ו/או מחלתי/ינו כניל, ומותרים על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהייה ליינו אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לניל. כתב ויתור זה מחייב אותי/נו, את עזבוני/נו ובאי כוחינו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו, וכן הנני/נו מייחמים את "המבקש" לאסוף כל מידע שיראה בעיניו חשוב בכל הנגוע לבריאותי/נו.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	מספר זהות	חתימת המועמד לביטוח



0111300106070311