

הצהרת בריאות

(מקור + 2 העתקים)

מרחב: _____ צוות: _____ סוכנות: _____ שם הסוכן: _____ מס' סוכן: _____

פרטי המבוטח שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז.: _____ תאריך לידה _____

גובה _____ ס"מ משקל _____ ק"ג מין _____ עיסוק _____ תחביבים _____

| לא | כן |
|--|--------------------------|
| <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 הנך נושא/ת נוגדנים של איידס. | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| י. כאבי גב, מחלות פרקים ועצמות כגון: דלקות פרקים, ראומטיזם, ארטריטיס, כאבי גב או מחלה אחרת. | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. האם אי פעם נדחתה או נתקבלה בתנאים מיוחדים הצעתך לביטוח חיים או בריאות בחברת ביטוח כלשהי? | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. האם הנך מקבל תרופות? שם התרופה _____ מינון _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| אם התשובה על אחת או יותר מהשאלות 2-6 היא 'כן' נא פרט: | |
| המחלה/הפרעה/הבדיקה/הפציעה/הנכות _____ | |
| 4 מתי החלה (חודש/שנה) _____ | |
| 4 מתי הסתיימה (חודש/שנה) _____ | |
| 4 האם החלמתך/האם ממציא הבדיקה תקינים? _____ | |
| 4 איזה טיפול קיבלת ומתי (חודש/שנה) _____ | |
| 4 האם היית מאושפז? מתי (חודש/שנה) _____ | |
| 4 במידה והסתיימה, האם המחלה/בדיקה חזרה מספר פעמים? _____ | |
| 4 האם נקבעו לך אחוזי נכות? _____ | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. מוסד רפואי | |
| שם קופת החולים _____ | |
| סניף _____ | |
| שם הרופא המטפל _____ | |
| כתובת הרופא או הסניף _____ | |

| לא | כן |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1. א. עישון: אני מעשן/ת _____ סגירות ליום, החל משנת _____ בעבר עישנתי _____ סגירות ליום, החל משנת _____ ועד שנת _____ | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ב. אלכוהול: אני צורך/ת/צרכת מעבר לליטר אלכוהול בשבוע החל משנת _____ ועד שנת _____ | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ג. סמים: אני צורך/ת/צרכת סמים. מזה _____ שנים שאיני צורך סמים. ציין/י את סוג הסמים מתי ובמשך איזו תקופה (חודש/שנה) | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. האם הנך חולה כעת במחלה כלשהיא, מקבלת/טיפול רפואי, האם נפצעת בתאונה, או עברת בדיקות ב-3 חודשים אחרונים? <input type="checkbox"/> | |
| 3. האם ייעצו לך לעבור ניתוח או אושפזת בבית חולים ב-10 השנים האחרונות? האם עברת אי פעם ניתוח? <input type="checkbox"/> | |
| 4. האם הנך בריאה/ה כעת, מסוגלת/לעבוד בעבודתך במשרה מלאה והאם היית בריאה/ה ומסוגלת/לעבוד ב-12 החודשים האחרונים לפני מילוי הצהרה זו? <input type="checkbox"/> | |
| 5. האם נעדרת מהעבודה בשל מחלה למעלה מחודש ב-5 השנים האחרונות? <input type="checkbox"/> | |
| 6. האם הנך סובלת/ או סבלת בעבר מאחת המחלות/הפרעות להלן: א. סרטן, גידול, גוש או ממאירות. <input type="checkbox"/> | |
| ב. מחלות העצבים והחושים כגון שיתוקים, סחרחורות והתעלפויות, אפילפסיה, כאבי ראש כרוניים (מיגרנות), הפרעות תנועה או תחושה, הפרעה בריאה או בשמיעה, דיכאון או מחלות נפשיות. <input type="checkbox"/> | |
| ג. מחלות דרכי הנשימה והריאה, כגון: אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, יריקת דם, שעול ממושך, אמפיזמה, מחלת קרום הריאה או מחלה אחרת. <input type="checkbox"/> | |
| ד. מחלות לב וכלי הדם, כגון: התקף לב, אוטם, טרומבозה, אנגינה פקטוריס, לחץ דם גבוה, אי ספיקת לב, הפרעות קצב הלב, או מחלה אחרת. <input type="checkbox"/> | |
| ה. מחלות דרכי העיכול, כגון: אולקוס (כיב קיבה או תריסרון), מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כבד וכיס מרה, חולי או בדיקות הקשורות במחלת צהבת (מסוג HEPATITIS), דם סמוי בצואה או מחלה אחרת. <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"/> | |

10. **הצהרות:**
א. אני/הח"מ מצהיר/ים בה שכל התשובות שנתתי/נו בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. אני/מתייבאים אם נדרש לכך על ידי החברה, להיבדק בדיקה רפואית על ידי רופאי החברה והתשובות שתימסרנה על ידי לרופאי החברה תישבנה כחלק מהצהרתנו. ידוע לי/נו שהביטוח נכנס לתוקפו, רק לאחר שהחברה הודיעה על תנאי קבלה רגילים, או במקרה והחברה הודיעה על תנאי קבלה מיוחדים, רק לאחר הסכמתנו להם, ובתנאי נוסף שמיים הבדיקה או מיום החתימה על הצהרת הבריאות ועד ליום שבו החליטה החברה על הסכמתה לעריכת הפוליסה לא חל כל שינוי במצב בריאותנו, באורח חיינו ובעיסוקינו.
ב. הודעה לפי סעיף 11 לחוק הגנת הפרטיות: בסעיף זה "החברה" משמעותו מגדל חברה לביטוח בע"מ, וחברות וגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח בע"מ. אני הח"מ מאשר בזאת שהמידע המבוקש שמסרתי במסגרת הצעה זו נמסר מרצוני ובהסכמת. המידע והנתונים שסמרת וכל ערכו שלהם יישמרו במאגרי המידע של החברה וישמשו לבחינת ההצעה, להוצאת פוליסות, לניהול השוטף של תיק הביטוח ו/או של תיק ההשקעות של המוצרים הפיננסיים שרכשתי בחברה, למתן שירותים במסגרת פוליסות הביטוח, ליצירת קשר ולפניה בהזמנה להציע הצעות לרכישת פוליסות ביטוח, קופות גמל, קרנות פנסיה, קרנות נאמנות ומוצרים פיננסיים נוספים. במסגרת זאת החברה רשאית להעביר את המידע המתייחס אלי גם לכל גוף משפטי מבין אלו הנכללים במונח "החברה" וכן לסוכן הביטוח המטפל בפוליסה. אם החברה תארגן את פעילותה במסגרת תאגיד אחר או תתמוזג עם גוף אחר, היא תהיה זכאית להעביר לתאגיד החדש העתק מן המידע שנאגר אודותי ובלבד שתאגיד זה יקבל על עצמו כלפי את הוראות הודעה זו.

ידוע לי/נו כי הצהרת הבריאות והצהרת המבוטח ונכונותן הן תנאי לחבות המבטח.

חתימת המבוטח _____ שם פרטי ומשפחה _____ תאריך _____ חתימה _____

ניתור על סודיות רפואית
אני/הח"מ, בשמי/נו ובשם ילדי, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאסטרופוס/ית/טבעית/ שלהם, נותנים/ים בה 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 ובתי החולים האחרים, המוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון למסור ל"מגדל חברה לביטוח בע"מ", ו/או ל"מגדל ניהול קרנות פנסיה בע"מ", להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש" על מצב בריאותנו ו/או על כל מחלה שחליתנו בה בעבר ו/או שהנני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד, והנני/נו משחררים אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותנו ו/או מחלותינו/נו כ"ל, ומוותרים/ים על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהייה לי/נו אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לני"ל. כתב ויתור זה מחייב אותנו, את עזבונו/נו ובאי כוחנו/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו, וכן הנני/נו מייפה/ים את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותנו.

חתימת המבוטח _____ שם פרטי ומשפחה _____ תאריך _____ מס' ת.ז. _____ חתימה _____