



שם המבוטח הראשי / העמית	מספר זהות
שם הסוכן	מספר הסוכן
מספר הסכם	

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

שאלון להשלמת פרטים רפואיים שאלון מס' 12 - אף-אוזן-גרונ

א. שאלון אף-אוזן-גרונ

1. ציין מהי הבעיה הרפואית אשר אובחנה אצלך?
 שקדים שקד שלישי פוליפים
 יבלות במיתרי הקול בעיית נחירות
 ליקוי שמיעה כתוצאה מ: מום מולד טנטון פציעה
 גיל ורטיגו
 כפתורים באוזניים ניתוח מחיצת אף ניתוח פלסטי באף
 תסמונת דום נשימה בשינה - נא צרף מכתב עדכני מרופא מטפל
 נוזלים באוזניים/דלקות אוזניים חוזרות

2. תופעה אחרת/ניתוח אחר? לא כן, פרט וצרף מכתב עדכני מרופא א"ג המטפל: _____

3. באיזה גיל התגלתה הבעיה הרפואית אשר ציינת? _____

4. האם עברת ניתוח בשל הבעיה הרפואית שצינת? לא כן
 באיזה גיל: _____

5. האם הבעיה שצינת עדיין קיימת? לא כן - צרף מכתב מרופא א"ג

תאריך _____ שם המועמד/ העמית _____ מספר זהות _____ חתימה * _____

ב. הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמלאתי לעיל נכונים ומלאים, ולא החסרתי פרטים העשויים להשפיע על ההחלטה לאשר את ההצעה לביטוח חיים/בריאות/קרן פנסיה עבורי. כמו כן אני מצהיר כי ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעת הפוליסת ביטוח חיים/בריאות/בקשתי להצטרפות לקרן פנסיה, ובכפוף לרשום בה וידוע לי שאם הצהרתי זו אינה נכונה באופן מלא או חלקי, אזי בהתקיים התנאים הקבועים בחוק, בחוזה הביטוח התשמ"א - 1981 / תקנון הקרן, תהיה החברה פטורה מכל חוב על-פי הפוליסה / התכנית ולא ישולם לי או לשאירי/ורשי/מוטבי סכום כלשהו.

אני החתום מטה מאשר בזאת שהמידע שנמסר על-ידי לקבוצת מגדל, נמסר מרצוני ובהסכמתי וכי ידוע לי כי המידע והנתונים שמסרתי ואמסור וכל עדכון שלהם, בין שנמסר על-ידי או מי מטעמי ובין שהגיע לקבוצת מגדל באופן אחר, יישמרו במאגרי מידע ממוכנים או אחרים של קבוצת מגדל ו/או גורם מטעמם. אני מסכים כי המידע האמור ישמש את קבוצת מגדל ו/או גורם מטעמה לצורך פעילותה.

קבוצת מגדל בבקשה זו משמעה - מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ וכן כל גוף ו/או חברה הנשלטים על-ידיה, במישרין או בעקיפין.

חתימת המועמד לביטוח/העמית * _____ תאריך _____

