

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' 13 - בריאות הנפש

### א. שאלון בריאות הנפש

1. ציין מהי האבחנה אשר אובחנה אצלך: \_\_\_\_\_

2. ציין מתי אובחנה הבעיה/המום/המחלה? \_\_\_\_\_

3. ציין האם אתה מקבל/קיבלת טיפול תרופתי?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_  
שם התרופה: \_\_\_\_\_ אם אינך מטופל כעת, פרט ממת: \_\_\_\_\_

4. האם אושפזת אי פעם בבית חולים פסיכיאטרי?  לא  כן, צרף סיכומי מחלה וציין תאריך אישפוז: \_\_\_\_\_

5. האם היו לך ניסיונות התאבדות / מחשבות אובדניות?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

6. האם נקבעו אחוזי נכות עקב מחלה/הפרעה זו?  לא  כן, במידה וכן ציין אחוזי נכות: \_\_\_\_\_

יש לצרף את הפרוטוקול המלא מביטוח לאומי.

נא לצרף מכתב עדכני מפסיכיאטר הכולל: אבחנה רפואית למחלת/בריאות הנפש, דרגת חומרת המחלה/ההפרעה, מספר ההתקפים שהיו, תאריך ההתקף האחרון, אופן הטיפול הקבוע, מיון התרופות, הערכה פסיכיאטרית המתייחסת למצב הקוגניטיבי הנפשי והתפקודי ומה הפרוגנוזה והסיכוי להישנות המחלה.

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד/ העמית \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה ★ \_\_\_\_\_

### ב. הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמלאתי לעיל נכונים ומלאים, ולא חסרתי 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 הביטוח 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 לשאיירי/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 \_\_\_\_\_

מק"ט 541202901 (מהדורה 12.2022)

