



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' 17 - ברכיים

א. שאלון ברכיים

1. ציין מהי הבעיה הרפואית שאובחנה לך בברכיים ובאיזו ברך (ימין/שמאל) _____
2. אם נותחת או עברת ארטרוסקופיה בעקבות הבעיה? לא כן, פרט תוצאות: _____
3. האם אתה נמצא במעקב או מקבל טיפול מכל סוג שהוא עבור המחלה/המום/הבעיה הרפואית? לא כן, אם כן פרט: _____
4. אם אתה סובל מכאבים ו/או האם קיימת לך מגבלה בתנועה? לא כן
5. ציין באיזה גיל התגלתה לך הבעיה? _____
6. האם נקבעו אחוזי נכות עקב המחלה/בעיה זו? לא כן, במידה וכן ציין את אחוזי הנכות וצרך פרוטוקול מביטוח לאומי: _____

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 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.

תאריך	חתימת המועמד לביטוח/העמית *
-------	--------------------------------

