



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

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

שאלון להשלמת פרטים רפואיים שאלון מס' 1 - מערכת הריאות ודרכי הנשימה

א. שאלון מערכת הריאות ודרכי הנשימה

1. ציין מהי המחלה/ המום/ הבעיה הרפואית אשר אובחנה אצלך?
 אסטמה אלרגיה ברונכיט כרונית אמפיזמה COPD פנאומוטורקס דלקת ריאות חוזרת שחפת סרקואידוזיס סיסטיק פיברוזיס
 דום נשימה בשינה ברונכיאקטזיות מום מלידה אחר - פרט וצרף מכתב עדכני מרופא מטפל כולל תוצאות בדיקת תפקודי ריאות עדכניים: _____
2. ציין באיזה גיל הופיע ההתקף הראשון: _____ תאריך גילוי המחלה: _____
3. ציין באיזה גיל הופיע ההתקף האחרון: _____ מספר ההתקפים ב-12 חודשים אחרונים: _____
4. האם גורמים ההתקפים להפסקת עבודתך? לא כן, אם כן, ציין למשך כמה זמן נעדרת מעבודתך: _____
5. ציין מהו הטיפול הניתן בזמן ההתקפים: _____
6. ציין מהו הטיפול הניתן בין ההתקפים: _____
7. האם אושפזת בבית חולים עקב המחלה/המום/הבעיה הרפואית? לא כן, אם כן פרט וצרף מסמכים רפואיים במידה וישנם _____
8. האם אתה נמצא במעקב או מקבל טיפול מכל סוג שהוא עבור המחלה/המום/הבעיה הרפואית? לא כן, יש לפרט: _____
9. האם בצעת בדיקת תפקודי ריאות 5- השנים האחרונות? לא כן. במידה וכן - יש לצרף את תוצאות הבדיקה. _____
 האם תוצאות הבדיקה היו תקינות? כן לא. במידה ולא, יש לצרף בנוסף מכתב עדכני מרופא ריאות. _____

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/בקשת 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 שמשרתי 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 *
-------	--------------------------------

מק"ט: 541202901 (מהדורה 12.2018)

מגדל חברה לביטוח בע"מ | מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ
שאלונים: ① שאלון מערכת הריאות ודרכי הנשימה



01118101011218

עמוד 1 מתוך 1 דפים

קוד מסמך: 118