

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' 2 - מערכת הלב

א. שאלון מערכת הלב

1. ציין מהי המחלה/ המום/ הבעיה הרפואית אשר אובחנה אצלך?

כאבים בחזה /אנגינה /פקטוריס התקף לב/ אוטם בשריר הלב שינויים בקצב הלב צנתור מכל סוג הפרעה לבבית אחרת - פרט:

במידה וסימנת את אחת הבעיות הרפואיות כמפורט לעיל, נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג

מחלה במסתמי הלב מום בלב קרדיומיופטיה פרי/מיוקרדיטיס פלפיטציות פרפור פרוזדורים / הפרעות קצב השתלת קוצב לב

טיפול בצריבה להפרעות קצב אי ספיקת לב

במידה וסימנת את אחת הבעיות הרפואיות כמפורט לעיל נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג ואקו לב אחרון

2. ציין באיזה גיל אובחנה הבעיה? _____

3. ציין מה מספר התקפים ב- 12 החודשים האחרונים? _____

4. האם נעדרת מעבודתך עקב הבעיה הרפואית שצינת ב-5 השנים האחרונות? לא כן אם כן, ציין למשך כמה זמן נעדרת מעבודתך: _____

5. האם אתה נמצא במעקב ו/או מטופל תרופתית? לא כן, פרט וצרף מסמכים רפואיים _____

6. האם אושפזת בבית חולים עקב בעיית לב? לא כן, פרט וצרף מסמכים רפואיים _____

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 לשאירי/יורשי/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 *
-------	--------------------------------

