

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' 15 - כליות ודרכי השתן

א. שאלון כליות ודרכי השתן

<p>2. ציין מתי התחלת לסבול מהמחלה/המום/התופעה הנ"ל? _____</p> <p>3. ציין כמה התקפים היו לך? _____ ציין את תאריכי ההתקפים: _____</p> <p>4. ציין תאריך ההתקף האחרון: _____</p> <p>5. האם אושפזת בבית חולים עקב המחלה/המום/התופעה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט וצרף מסמכים רפואיים במידה וישנם, שם בית החולים: _____</p> <p>שנת אישפוז ומשך האישפוז: _____</p> <p>הטיפול שניתן: _____</p> <p>6. מהו הטיפול הנוכחי שאתה מקבל? _____</p>	<p>1. מהי המחלה/ המום/ הבעיה הרפואית אשר אובחנה אצלך? (אם המחלה/המום/התופעה פגעה בכליה אחת, ציין באיזו כליה)</p> <p><input type="checkbox"/> דלקות חוזרות בכליות ו/או בדרכי שתן</p> <p><input type="checkbox"/> אבנים בכליות ו/או בדרכי שתן</p> <p><input type="checkbox"/> זיהום בדרכי השתן</p> <p><input type="checkbox"/> צניחת שלפוחית שתן</p> <p>במידה וסימנת את אחת מהבעיות הרפואיות כמפורט לעיל:</p> <p>האם תפקודי הכליות תקינים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא - צרף בדיקת תפקודי כליות ושתן מהשנה האחרונה כולל מכתב עדכני מנפרולוג מטפל.</p> <p><input type="checkbox"/> רפלקס דרכי השתן <input type="checkbox"/> ציסטות בכליות <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות</p> <p><input type="checkbox"/> תסמונת נפרוטית <input type="checkbox"/> דם/חלבון בשתן <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות</p> <p><input type="checkbox"/> מום בכליה או מום אחר <input type="checkbox"/> אחר: _____</p> <p>האם הנך בעל כליה אחת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____</p> <p><input type="checkbox"/> מולד <input type="checkbox"/> תאונה <input type="checkbox"/> מחלה <input type="checkbox"/> תרומה <input type="checkbox"/> אחר: _____</p> <p>במידה וסימנת את אחת מהבעיות הרפואיות כמפורט לעיל, צרף בדיקת תפקודי כליות ושתן מהשנה האחרונה כולל מכתב עדכני מנפרולוג מטפל.</p>		
<input type="text"/> תאריך	<input type="text"/> שם המועמד/ העמית	<input type="text"/> מספר זהות	<input type="text"/> 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/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/ורשמי/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 יישמש 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.

<input type="text"/> תאריך	<input type="text"/> חתימת המועמד לביטוח/העמית ★
----------------------------	---

מק"ט: 541202901 (מהדורה 12.2018)

