



| | |
|-------------------------|------------|
| 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' 20 - מחלות במשפחה

א. שאלון מחלות במשפחה

יש לפרט מהי המחלה ממנה סובל/סבל קרוב משפחתך, וגיל הופעת המחלה ככל הידוע לך, כגון: פוליפוזיס משפחתי (FAP), סרטן, מחלה נוירולוגית, אלצהיימר, טרשת נפוצה, פרקינסון, מחלת לב, סכרת, כליות פוליציסטיות, מחלות מערכת העצבים (ניוון שרירים, ALS).
הערה: במידה והבעיה הרפואית הינה סרטן, נא ציין את סוג הסרטן המדויק.

| קרבה משפחתית | אב <input type="checkbox"/> | אם <input type="checkbox"/> | אח/אחות <input type="checkbox"/> | אח/אחות <input type="checkbox"/> | בן/בת <input type="checkbox"/> | בן/בת <input type="checkbox"/> |
|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| שם המחלה | | | | | | |
| שם המחלה | | | | | | |
| שם המחלה | | | | | | |
| גיל הופעת המחלה | | | | | | |

| | | | |
|-------|---------------------|--------------|---------|
| תאריך | שם המועמד/ העמית | מספר זהות | חתימה * |
|-------|---------------------|--------------|---------|

ב. הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמילאתי 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 ידוע 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/ורש/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 * |
|-------|--------------------------------|

