

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' 11 - עיניים

א. שאלון עיניים			
1. ציין מהי התופעה ממנה אתה סובל/סבלת?	<input type="checkbox"/> קטרקט <input type="checkbox"/> הפרדות רשתית <input type="checkbox"/> אסטיגמנטיזם <input type="checkbox"/> פזילה <input type="checkbox"/> גלאוקומה (לחץ תוך עיני) <input type="checkbox"/> קרטוקונוס <input type="checkbox"/> עין עצלה <input type="checkbox"/> צניחת עפעפיים <input type="checkbox"/> חסימה בדרכי הדמעות <input type="checkbox"/> עיוורון: <input type="checkbox"/> בעיה מולדת, ציין באיזו עין: <input type="checkbox"/> עין ימין <input type="checkbox"/> עין שמאל <input type="checkbox"/> עקב תאונה, ציין באיזו עין: <input type="checkbox"/> עין ימין <input type="checkbox"/> עין שמאל <input type="checkbox"/> עקב מחלה - פרט וצרף מכתב עדכני מרופא עיניים מטפל:		
2. האם עברת ניתוח? לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: מועד ביצוע הניתוח: _____ סוג הניתוח: _____	3. האם ייעצו לך לעבור ניתוח? לא <input type="checkbox"/> כן, פרט סוג הניתוח: _____ סוג הניתוח: _____		
4. האם אתה מרכיב משקפיים? לא <input type="checkbox"/> כן, פרט את מספרי העדשות: עין ימין: _____ עין שמאל: _____	5. האם נקבעו לך אחוזי נכות עקב בעיה זו? לא <input type="checkbox"/> כן, פרט אחוזי נכות: _____		
6. האם אתה נמצא במעקב או מקבל טיפול מכל סוג שהוא עבור המחלה/המום/הבעיה הרפואית? לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____			
תאריך	שם המועמד/ העמית	מספר זהות	חתימה *

ב. הצהרה	
<p>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 לפוליסת 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/ורש/מוטבי סכום כלשהו.</p> <p>אני החתום מטה מאשר בזאת שהמידע שנמסר על-ידי לקבוצת מגדל, נמסר מצדו 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.</p> <p>קבוצת מגדל בבקשה זו משמעה - מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ וכן כל גוף ו/או חברה הנשלטים על-ידיה, במישרין או בעקיפין.</p>	
תאריך	חתימת המועמד לביטוח/העמית *

מק"ט: 541202901 (מהדורה 12.2018)

