



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' 10 - תאונות

א. שאלון תאונות

1. סמן את סוג התאונה: דרכים עבודה צבא אחר, פרט: _____
2. ציין מתי אירעה התאונה? _____
3. האם הייתה פגיעה באיבר כלשהו כתוצאה מן התאונה? אם כן, נא סמן את האיברים שנפגעו/ו:

<input type="checkbox"/> גולגולת*	<input type="checkbox"/> צלעות	<input type="checkbox"/> מרפק ימין	<input type="checkbox"/> בהונות רגליים	<input type="checkbox"/> מפרק ירך ימין	<input type="checkbox"/> קרסול ימין
<input type="checkbox"/> אף	<input type="checkbox"/> כף-יד ימין	<input type="checkbox"/> מרפק שמאל	<input type="checkbox"/> חוליות עמוד שדרה צווארי / צוואר	<input type="checkbox"/> מפרק ירך שמאל	<input type="checkbox"/> קרסול שמאל
<input type="checkbox"/> כתף ימין	<input type="checkbox"/> כף-יד שמאל	<input type="checkbox"/> יד ימין	<input type="checkbox"/> חוליות עמוד שדרה גבי	<input type="checkbox"/> ברך ימין	<input type="checkbox"/> רגל ימין
<input type="checkbox"/> כתף שמאל	<input type="checkbox"/> שורש כף-יד ימין	<input type="checkbox"/> יד שמאל	<input type="checkbox"/> חוליות עמוד שדרה מותני	<input type="checkbox"/> ברך שמאל	<input type="checkbox"/> רגל שמאל
<input type="checkbox"/> שתי הכתפיים	<input type="checkbox"/> שורש כף-יד שמאל	<input type="checkbox"/> אצבעות ידיים	<input type="checkbox"/> אגן ירכיים	<input type="checkbox"/> שתי הברכיים	<input type="checkbox"/> אחר _____

*נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל

4. האם אושפזת בעקבות התאונה? לא כן, ציין היכן ולאיזה פרק זמן (יש לצרף סיכומי מחלה): _____
 5. האם נזקקת לטיפולים מיוחדים (גבס, צווארון, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק)? לא כן, פרט: _____
 6. האם עברת ניתוח בעקבות התאונה? לא כן, פרט: _____
 7. נא פרט מה מצבך כיום? תקין קיימת מגבלה פרט: _____
- קיימת נכות: אחוז הנכות: _____ - יש לצרף את הפרוטוקול המלא מביטוח לאומי.
- האם הוגשה תביעה לנכות? לא כן - יש לצרף את כל המסמכים הרפואיים שהוגשו במעמד התביעה.

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

ב. הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמלאתי לעיל נכונים ומלאים, ולא החסרתי 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 לשאיירי/יורשי/מוטבי סכום כלשהו.

אני החתום מטה מאשר בזאת שהמידע שנמסר על-ידי לקבוצת מגדל, נמסר מרצוני ובהסכמתי וכי ידוע לי כי המידע והנתונים שנסמתי 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)

