



| | |
|-------------------------|------------|
| 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' 4 - אפילפסיה

א. שאלון אפילפסיה

1. נא לפרט את סוג האפילפסיה. ניתוק קל (Petit Mal) התקף טוני קלוני (Grand Mal) אחר: _____
2. ציין באיזה גיל הופיע ההתקף הראשון: _____ תאריך גילוי המחלה: _____
3. ציין באיזה גיל הופיע ההתקף האחרון: _____ מספר ההתקפים ב- 12 חודשים אחרונים: _____
4. האם גורמים ההתקפים להפסקת עבודתך? לא כן אם כן ציין למשך כמה זמן נעדרת מעבודתך: _____
5. האם אושפזת בבית חולים? לא כן, אם כן פרט וצרף מסמכים רפואיים במידה וישנם _____
6. האם אתה נמצא במעקב או מקבל / קיבלת בעבר טיפול מכל סוג שהוא? _____
 לא כן, יש לפרט לרבות מועד סיום הטיפול (בהתייחס לטיפול שניתן בעבר): _____

| | | | |
|-------|-------------------|-----------|---------|
| 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 החלטה לאשר את ההצעה לביטוח חיים/בריאות/קרן פנסיה עבורי. כמו כן אני מצהיר כי ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעת הפוליסת 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/ורשי/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 * |
|-------|-----------------------------|

