



# הצהרת בריאות - מגדל מקפת

טופס מספר **454**

שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון	מספר הסוכן
שם המפקח		מספר תכנית

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

**הנחיות למילוי הטופס:**  
יש לסמן כן / לא. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט אשר מספרו רשום בסוגריים וכן לצרף מידע רפואי רלוונטי לרבות תוצאות בדיקות. על כל מועמד שגילו 65 ומעלה יש לצרף תמצית רפואית המתייחסת למצבו הרפואי וכוללת את הפרטים הבאים לפחות: ניתוחים, תרופות, קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו בחמש השנים האחרונות.

א. פרטי המבוטח						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	גובה (ס"מ)	משקל (ק"ג)
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
מצב משפחתי	דואר אלקטרוני	מספר טלפון	מספר טלפון נייד			
ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>						
שם קופת חולים	כללית <input type="checkbox"/>	מכבי <input type="checkbox"/>	לאומית <input type="checkbox"/>	מאוחדת <input type="checkbox"/>		

ב. הצהרת בריאות		
לא	כן	רקע רפואי ואורח חיים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק), אם כן, ציין מס' סיגריות/פעמים שמעשן ביום: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשנתיים האחרונות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום? { 22 }
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 האם הנך צורך או צרכת סמים קטע או בעבר? { 22 }
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 האם ב-3 השנים האחרונות אושפזת ו/או עברת ניתוח ו/או האם יעצו לך לעבור ניתוח? { 3 }
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 האם ב-3 השנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית ו/או פולשנית ו/או בדיקת הדמיה ונמצא בה ממצא שהצריך ברור/מעקב רפואי? אם כן, צרף את תוצאות הבדיקות ופרט: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 האם נקבעה לך נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות ו/או מתעתד להגיש תביעה לנכות מכל סוג?
האם במהלך חיך אובחנו מומים / הפרעות באחד או יותר מהאיברים ו/או המערכות ו/או חלית באחת המחלות שלהלן?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 מערכת העצבים (במקרה של אפילפסיה { 4 }, המוח ו/או הפרעות התפתחויות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 נפש: לרבות דיכאון { 13 }, חרדות, תסמונת פוסט טראומטית. האם אובחנת כחולה במחלת נפש?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 מחלות ממאירות, גידולים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 מערכת ריאות ודרכי נשימה { 1 }
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 מערכת הלב/לחץ דם { 2 }, כלי דם { 14 }
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 מערכת העיכול { 6 }
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 מערכת כליות ודרכי שתן { 15 }
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 סוכרת { 7 }
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות { 3 }
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 מערכת השלד, השרירים, מפרקים { 10 ו- 19 }, במקרה של מחלות מפרקים { 17 }, במקרה של כאבי גב { 5 }
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 מערכת הראיה { 11 } לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 7, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקנוס
הערות: _____		

ג. הצהרות המבוטח	
אני הח"מ, מצהיר ומאשר בזאת:	
1. (א) כל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. (ב) אם אדרש לכך על ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בבדיקה רפואית על ידי רופא החברה והתשובות שתימסרנה על ידי לרופא החברה תחשבנה כחלק בלתי נפרד מהצהרותי. (ג) קבלה לכיסוי ביטוחי בקרן פנסיה: ידוע לי כי הסכמת החברה לקבל אותי, כרוכה בין היתר, בהליך של חיתום, שעל פיו החברה מעריכה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים, נתונים סטטיסטיים, מידע רפואי או כל מידע אחר רלבנטי ורק עם סימונו תודיע לי החברה אם קיבלה או לא קיבלה את בקשתי.	
2. ויתור על סודיות רפואית: אני הח"מ נותן רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה וכן כל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, מרפאות בריאות הנפש, המוסד לביטוח לאומי, לחברות הביטוח, לקרנות הפנסיה (לרבות המבקש, לפי העניין), שלטונת צה"ל ומשרד הביטחון, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, מנהל האוכלוסין ומשרד הפנים, למסור למגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ("המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאות ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד. וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותם והקשורים למצבי הרפואי. הנני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כאמור ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור. כן אני מייפה את המבקש לאסוף כל מידע שיראה בעיניו חשוב בקשר למצב בריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על פי תקנון קרן הפנסיה. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. בקשה זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל הגופים הנזכרים לעיל.	
השימוש במידע יעשה לצורך צירוף לביטוח /הרחבת כיסוי ביטוחי ויישוב תביעות בלבד.	
תאריך	חתימת המועמד *



071134540101011222

עמוד 1 מתוך 1 דפים

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מסמך: 113 | שימוש פנימי: סמן X  1  7