



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' 18 - FMF (תסמונת ים-תיכונית), גאוס וגושה

א. שאלון FMF (תסמונת ים-תיכונית), גאוס וגושה

1. ציין מה המחלה/המום/הבעיה הרפואית אשר אובחנה אצלך _____	7. ציין מהו הטיפול הקבוע שאתה מקבל? _____
2. ציין מתי התגלתה המחלה? _____	8. האם בוצעו בדיקות תפקודי כליות ובדיקת שתן כללית בשנה האחרונה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא לצרף תוצאות.
3. ציין כמה התקפים היו לך בשנה האחרונה? _____	האם קיימת פגיעה באיבר כלשהו עקב המחלה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____
4. ציין מתי התרחש ההתקף האחרון? _____	
5. ציין כמה זמן בממוצע נמשך כל התקף? _____	
6. ציין מהו הטיפול או התרופה שאתה מקבל בזמן ההתקף? _____	

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 ההחלטה לאשר את ההצעה לביטוח חיים/בריאות/קרן פנסיה עבורי. כמו כן אני מצהיר כי ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעת לי 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 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 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.

חתימת המועמד לביטוח/העמית *	תאריך
--------------------------------	-------

