



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

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

הצהרת בריאות - מגדל מקפת

טופס מספר **454**

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"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/>						
שם קופת חולים						
מכבי <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/>						

ב. הצהרת בריאות		
לא	כן	רקע רפואי ואורח חיים
		1 האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק), אם כן, ציין מס' סיגריות/פעמים שמעשן ביום: _____ אם ענית כי אינך מעשן כיום, האם עישנת בשלוש השנים האחרונות? _____
		2 האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום? { 22 }
		3 האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר? { 22 }
		4 האם ב-3 השנים האחרונות אושפזת ו/או עברת ניתוח ו/או האם יעצו לך לעבור ניתוח? { 3 }
		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: _____
		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?		
		1 מערכת העצבים (במקרה של אפילפסיה { 4 }, המוח ו/או הפרעות התפתחויות
		2 נפש: לרבות דיכאון { 13 }, חרדות, תסמונת פוסט טראומטית. האם אובחנת כחולה במחלת נפש?
		3 מחלות ממאירות, גידולים
		4 מערכת ריאות ודרכי נשימה { 1 }
		5 מערכת הלב/הלחץ דם { 2 }, כלי דם { 14 }
		6 מערכת העיכול { 6 }
		7 מערכת כליות ודרכי שתן { 15 }
		8 סוכרת { 7 }
		9 מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות { 3 }
		10 מערכת השלד, השרירים, מפרקים { 10 ו- 19 }, במקרה של מחלות מפרקים { 17 }, במקרה של כאבי גב { 5 }

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 ניתוח, שעל פיו החברה מעריכה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים, נתונים סטטיסטיים, מידע רפואי או כל מידע אחר רלבנטי ורק עם סיומו תודיע לי החברה אם קיבלה או לא קיבלה את בקשתי.
2. ויתור על סודיות רפואית: אני הח"מ נתן 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), שלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, מנהל האוכלוסין ומשרד הפנים, למסור ל"מגדל 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 עזבוני 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 ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד

תאריך	חתימת המועמד לכיסוי ביטוחי ★
-------	------------------------------

מק"ט 810100012