



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר פוליסה

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

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	גובה (ס"מ)	משקל (ק"ג)
מועמד לביטוח				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
מועמד שני לביטוח				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
מועמד לביטוח	מצב משפחתי	דואר אלקטרוני	מספר טלפון	מספר טלפון נייד		
מועמד שני לביטוח	<input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג					

סמן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)

1. עיסוקים / תחביבים / אורח חיים עם סיכון מיוחד לגבי כל אחד מהמועמדים לביטוח. אם כן, צרף שאלון. מועמד לביטוח לא כן מועמד שני לביטוח לא כן

2. עישון:	מועמד לביטוח	2. עישון:	מועמד שני לביטוח
<input type="checkbox"/> אינני מעשן ולא עישנתי בעבר	<input type="checkbox"/> אינני מעשן ולא עישנתי בעבר	<input type="checkbox"/> אינני מעשן ולא עישנתי בעבר	<input type="checkbox"/> אינני מעשן ולא עישנתי בעבר
<input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (שנה / חודש) _____	<input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (שנה / חודש) _____	<input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (שנה / חודש) _____	<input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (שנה / חודש) _____
<input type="checkbox"/> עישנתי בעבר _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (ש / ח) _____ ועד (ש / ח) _____	<input type="checkbox"/> עישנתי בעבר _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (ש / ח) _____ ועד (ש / ח) _____	<input type="checkbox"/> עישנתי בעבר _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (ש / ח) _____ ועד (ש / ח) _____	<input type="checkbox"/> עישנתי בעבר _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (ש / ח) _____ ועד (ש / ח) _____

השאלה / המחלה	מועמד לביטוח		מועמד שני לביטוח	
	כן	לא	כן	לא
3. אלכוהול (22): אני צורך/צרכתי יותר מליטר אלקוהול בשבוע החל משנת _____ ועד שנת _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. סמים (22): אני צורך/צרכתי סמים. מזה _____ שנים שאיני צורך סמים. ציין את סוג הסמים, מתי ובמשך איזו תקופה (חודש/שנה): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי, מקבל טיפול רפואי, האם נפצעת בעבר בתאונה (10) או עברת בדיקות ב-3 החודשים האחרונים? אם כן, נא פרט בהערות וצרף מכתב מרופא מטפל.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. האם ייעוץ לך לעבור ניתוח או אושפוז בבית חולים ב-10 השנים האחרונות? האם עברת אי פעם ניתוח (3)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. האם נעדרת מהעבודה בשל מחלה למעלה מחודש ב-5 השנים האחרונות?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. האם אתה סובל או סבלת בעבר מאחת מן המחלות / הפרעות שלהלן:				
א. סרטן, גידול, גוש או ממאירות. יש לצרף דוח היסטולוגי ומכתב מרופא מומחה.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ב. עצבים וחושנים, כגון: שיתוקים, סחרחורת והתעלפויות, אפילפסיה (4), כאבי ראש כרוניים (מיגרנות), הפרעות תנועה או תחושה, הפרעה בראיה (יש לציין הרכבת משקפיים רק כאשר העדשה/ות הן ממספר 8 ומעלה) (10) או בשמיעה (12), דיכאון או מחלות נפשיות (13).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ג. דרכי נשימה וריאות (1), כגון: אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, יריקת דם, שיעול ממושך, אמפיזמה, מחלת קרום הריאה או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ד. לב (2) וכלי דם (14), כגון: התקף לב, אוטם, טרומבוז, אניגיה פקטוריס, לחץ גבוה, אי ספיקת לב, הפרעות קצב הלב או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ה. דרכי עיכול (6), כגון: אולקוס (כב קיבה או תריסרון), מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כבד וכיס מרה, חולי או בדיקות הקשורות במחלת הצהבת (Hepatitis), דם סמני בצואה או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ו. כליות (18) ודרכי השתן (15), כגון: מחלות או זיהומים בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה (16) או מחלה אחרת.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

מועמד לביטוח	שם קופת חולים: <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית	מועמד שני לביטוח	שם קופת חולים: <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית
--------------	---	------------------	---

הערות: _____

אני הח"מ, כל אחד מהמועמדים לביטוח, בשמי ובשם ילדי, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאפוטרופוס טבעי שלהם, מצהיר ומאשר,

- א) כל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות; (ב) אם אדרש לכך על-ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בדיקה רפואית על-ידי רופא החברה והתשובות שתימסרנה על-ידי לרופא החברה תחשבנה כחלק בלתי נפרד מהצהרותי; (ג) **קבלת הביטוח:** ידוע לי כי הסכמת החברה לקבל אותי או כל אחד מן המועמדים לביטוח 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 סימוך תודיע לי החברה אם קבלה או לא קבלה את ההצעה. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
- ויתור על סודיות רפואית:** נתון רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או כל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, המוסד לביטוח לאומי, לחברות הביטוח, לקרנות הפנסיה, שלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, 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 שחלתי בה בעבר ו/או שהיני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותם והקשורים למצבי הרפואי. הנני מתחייב כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כאמור, ולא תהייה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור. כן אני מייפה את המבקש לאסוף כל מידע שיראה בעיניי חשוב בקשר למצב בריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי תכניות הביטוח. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי ויבאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. בקשה זו זיהה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל הגופים הנזכרים לעיל.

תאריך	מועמד לביטוח / מועמד שני לביטוח	תחיתום	מועמד שני לביטוח
		<input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית	<input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית