



שם בעל הרישיון הפנסיוני	מספר בעל הרישיון
שם המפקח	מספר פוליסה

הטופס מיועד לנשים ולנשים כאחד
יש למלא את הטופס **בעט בלבד** ולא בעיפרון

הצהרת בריאות (שאלון 7)

טופס מספר **450**

אני החתום מטה

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות

מצהיר בזה כדלקמן:

משקל	גובה
_____ ק"ג	_____ ס"מ

- לא נקבע לי על ידי המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון, או גורם אחר כלשהו שעור נכות של 35% או יותר, ולא הוגשה מטעמי בקשה אשר הדיון בה טרם הסתיים לקביעת דרגת נכות כאמור.
- לא אושפזתי בבית חולים כתוצאה ממחלה או מתאונה במשך שלוש השנים האחרונות.
- האם הינך סובל או סבלת בעבר מאחת המחלות הבאות:
 - מחלות לב, כלי דם, יתר לחץ דם כן לא
 - סוכרת במשך חמש השנים האחרונות כן לא
 - מחלות דרכי הנשימה כן לא
 - סרטן או מחלות ממאירות כן לא
 - מחלות מעיים, כבד כן לא
- האם הינך נשא או חולה במחלת האיידס (תסמונת הכשל החיסוני)? כן לא
- הרגלי עישון (יש לסמן ולמלא את הפרטים המתאימים):
 - איני מעשן ולא עישנתי בעבר
 - אני מעשן _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (שנה / חודש) _____
 - בעבר עישנתי _____ סיגריות ליום, החל מתאריך (שנה / חודש) _____ ועד תאריך (שנה / חודש) _____

אני הח"מ מצהיר בזה שכל התשובות שנתתי הן נכונות ומלאות. אני מתחייב אם אדרש לכך על ידי החברה, להיבדק בדיקה רפואית על ידי רופא החברה, והתשובות שתימסרנה על ידי לרופא החברה תחשבנה כחלק מהצעת ידוע לי שהביטוח נכנס לתוקפו, רק לאחר שהחברה הודיעה על תנאי קבלה רגילים, או במקרה והחברה הודיעה על תנאי קבלה מיוחדים, רק לאחר הסכמתי להם, ובתנאי נוסף שמיים הבדיקה או מיום החתימה על הצהרת הבריאות, ועד ליום בו החליטה החברה על הסכמתה לעריכת הפוליסה, לא חל כל שינוי במצב בריאותי, באורח חיי ובעיסוקי.

ידוע לי כי הצהרת הבריאות והצהרתי הנ"ל ונכונותן הן תנאי לחבות המבטח.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	מספר זהות	חתימה ★

ויתור על סודיות רפואית:

אני הח"מ, נותן בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר, ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לחברות הביטוח, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון למסור ל"מגדל חברה לביטוח בע"מ", (להלן "המבקש"), את כל הפרטים, ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהיני חולה בה כעת, ו/או שאחלה בה בעתיד, והיני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר, ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים, ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית, בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי אליכם כל טענה ותביעה מכל סוג שהוא בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי ובאי כוחי החוקיים, וכל מי שיבוא במקומי, וכן הנני מיפה את המבקש לאסוף כל מידע שייראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	מספר זהות	חתימה ★