



שם הסוכן	מספר הסוכן
שם המפקח	מספר פוליסה

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

א. פרטי המועמדים לביטוח									
מבוטח	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	גובה* (ס"מ)	משקל* (ק"ג)	קופת חולים	מבטוח ראשי
					נ □ ז □				
					נ □ ז □				בן/בת זוג
					נ □ ז □				ילד 1
					נ □ ז □				ילד 2
					נ □ ז □				ילד 3
כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית	מס' דירה	יישוב	מיקוד	מספר טלפון / נייד		כתובת דואר אלקטרוני	

\* לילדים - מגיל 10 בלבד

ב. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול על מבוטח (מבוגר), בן/בת זוג ועל כל אחד מן הילדים המבוטחים

ישאל		אניני מעשן ולא עישנתי בעבר		אני מעשן		סיגריות ליום החל מתאריך (שנה/חודש)		אניני מעשן ולא עישנתי בעבר		אני מעשן		סיגריות ליום החל מתאריך (שנה/חודש)		בעבר עישנתי		סיגריות ליום, החל מתאריך (שנה/חודש)		ועד לתאריך (שנה/חודש)		ועד לתאריך (שנה/חודש)	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
סמן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)																					
תחביבים/אורח חיים עם סיכון מיוחד לגבי כל אחד מהמועמדים לביטוח. אם כן, צרף שאלון.																					
אלכוהול [22] - אני צורך/צרכתי מעבר לליטר אלכוהול בשבוע החל משנת _____ ועד שנת _____.																					
סמים [22] - אני צורך/צרכתי סמים. מזה _____ שנים שאיני צורך סמים. ציין את סוג הסמים מתי ובמשך איזו תקופה (חודש/שנה) _____.																					
שאלות על מחלות /או על בעיות רפואיות /או על מומים																					
1. האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי, מקבל טיפול רפואי, האם נקבעת בעבר בתאונה [10] או עברת בדיקות ב-3 החודשים האחרונים? אם כן, נא צרף מכתב מרופא מטפל.																					
2. האם ייעצו לך לעבור ניתוח או אופשית בבית חולים ב-10 השנים האחרונות או האם עברת איפעם ניתוח? [3]																					
3. האם נעדרת מעבודתך/לימודים עקב מחלה למעלה מחודש ו/או לא היית מסוגל לעבוד ב-12 החודשים האחרונים לפני מילוי הצהרה זו?																					
האם אתה סובל או סבלת בעבר מאחת המחלות/הבעיות הרפואיות/או המומים המפורטים להלן:																					
4. א. סרטן, גידול, גוש או ממאירות. יש לצרף דוח היסטולוגי ומכתב מרופא מומחה.																					
ב. עצבים וחושים, כגון: שיתוקים, סחרחורת והתעלפויות, אפילפסיה [4], כאבי ראש כרוניים (מיגרנות), הפרעות תנועה או תחושה, הפרעה בריאה (יש לציין הרכבת משקפיים רק כאשר העדשה/ות הן ממספר 8 ומעלה) [11] או בשמיעה [12], דיכאון או מחלות נפשיות [13].																					
ג. דרכי הנשימה והריאה [1], כגון: אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, יריקת דם, שיעול ממושך, אמפיזמה, מחלת קרום הריאה או מחלה אחרת.																					
ד. לב [2] וכלי הדם [14], כגון: התקף לב, אוטם, טרומבוז, אנגינה פקטוריס, לחץ דם גבוה, איספיקת לב, הפרעות קצב הלב או מחלה אחרת.																					
ה. דרכי עיכול [6], כגון: אולקוס (כיב קיבה או תריסרון), מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כבד וכיס מרה, חולי אב, דלקות הקשורות במחלת הצהבת (מסוס HEPATITIS), דם סמוי בצואה או מחלה אחרת.																					
ו. כליה [18] ודרכי השתן [15], כגון: מחלות או זיהומים בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה [16] או מחלה אחרת.																					
ז. חילוף חומרים, כגון: סוכרת [7], מחלות בלוטות, מחלות בלוטת המגן [8], כולסטרול ושומנים גבוהים בדם [9], המופיליה או הפרעות אחרות הקשורות בדם.																					
ח. מין, עור, עגבת, פצע שאינו מתרפא, שינויים בגודל וצורה של נקודות חן, יבלת, מלנומה או סרטן עור.																					
ט. חולי או הדבקות הקשורות באיידס (תסמונת הכשל החיסוני) או האם אתה נושא/ת נוגדנים של איידס.																					
י. כאבי גב [5], מחלות פרקים ועצמות [17] [19], כגון: דלקות פרקים, ראומטיזם, ארטריטיס, כאבי גב או מחלה אחרת.																					
יא. מום מולד, שיתוק, פיגור שכלי, תסמונת דאון, אוטיזם, ניוון שרירים.																					
5. האם אתה מקבל תרופות? [21]																					
6. האם איפעם נדחתה או נתקלה בתנאים מיוחדים הצעתך לביטוח חיים או בריאות או סיעוד בחברת ביטוח כלשהי?																					
7. האם נקבעה לך נכות קיימת (זמנית או קבועה) ו/או שאתה נמצא בתהליך לקבלת הכרה בנכות ממוסד כלשהו?																					
8. האם אחד מקרוביך (אב/אם/אחות/בן/בת) חלה או חולה בסרטן או במחלה נירולוגית (כגון: אלצהיימר, טרשת נפוצה, פרקינסון) מתחת לגיל 250? [20]																					
9. האם אתה מוגבל ו/או נעדר באדם אחר בביצוע הפעולות היומיומיות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים או ללכת? (למעט ילד - אם המוגבלות הינה טבעית עקב גיל).																					
10. האם נאמר לך שהנך צפוי להיות נזקק לטיפול סיעודי ב-12 החודשים הקרובים ו/או שהנך מקבל גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי או ממוסד אחר?																					

ג. הצהרות - אני הח"מ, כל אחד מהמועמדים לביטוח, בשמי ובשם ילדי, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאפוסטרופוס טבעי שלהם, מצהיר ומאשר:

- כל התשובות שנתתי בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות; ידוע לי כי הסכמת החברה לקבל אותי או כל אחד מן המועמדים לביטוח כרוכה בין היתר, בהליך של חיתום, שבסימונו תודיע לי החברה אם קבלה או לא קבלה את ההצעה. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
- ויתור על סודיות רפואית: 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, המוסד לביטוח לאומי, לחברות הביטוח, לקרנות הפנסיה, שלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, למסור ל"מגדל חברה לביטוח בע"מ" ("המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי המבקש על מצב בריאותו, ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותכם 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 תהינה לי כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא 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 תכניות הביטוח. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי ו/או 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.

תק"מ 423100009 (06.2012)