

הצהרת בריאות

גובה _____ ס"מ משקל _____ ק"ג

כן לא

ז. מחלות חילוף חומרים, כגון: סוכרת, מחלות בלוטות, מחלות בלוטות המגן, שומנים גבוהים בדם, כולסטרול מעל 220 מ"ג%, המופיליה או הפרעות אחרות הקשורות בדם.

ח. מחלות מין ועור, כגון: עגבת, פצע שאינו מתרפא, שינויים בגודל וצורה של נקודת חן, יבלת, מלנומה או סרטן עור.

ט. חולי או הדבקות הקשורות באיידס (תסמונת הכשל החיסוני) או האם הנך נושא/ת נוגדנים של איידס.

י. כאבי גב, מחלות פרקים ועצמות כגון: דלקות פרקים, ראומוטיזם, ארטריטיס, כאבי גב או מחלה אחרת.

7. האם אי פעם נדחתה או נתקבלה בתנאים מיוחדים הצעתך לביטוח חיים או בריאות בחברת ביטוח כלשהי?

8. האם הנך מקבל תרופות?

שם התרופה _____ מינון _____

אם התשובה על אחת או יותר מהשאלות 6-2 היא 'כן' נא פרט:

המחלה/ההפרעה/הבדיקה/הפציעה/הנכות _____

4 מתי החלה (חודש/שנה) _____

4 מתי הסתיימה (חודש/שנה) _____

4 האם החלמתך/האם ממציא הבדיקה תקינים? _____

4 איזה טיפול קיבלת ומתי (חודש/שנה) _____

4 האם היית מאושפז? מתי (חודש/שנה) _____

4 במידה והסתיימה, האם המחלה/בדיקה חזרה מספר פעמים? _____

4 האם נקבעו לך אחוזי נכות? כן לא

9. **מוסד רפואי**

שם קופת החולים _____

סניף _____

שם הרופא המטפל _____

כתובת הרופא או הסניף _____

כן לא

1. **א. עישון:**
אני מעשן/ת _____ סיגריות ליום, החל משנת _____
בעבר עישנתי _____ סיגריות ליום, החל משנת _____ ועד שנת _____

ב. אלכוהול:
אני צורך/ת/צרכתי מעבר לליטר אלכוהול בשבוע החל משנת _____ ועד שנת _____

ג. סמים:
אני צורך/ת/צרכתי סמים. מזה _____ שנים שאיני צורך סמים. צי"ו/ את סוג הסמים מתי ובמשך איזו תקופה (חודש/שנה)

2. האם הנך חולה כעת במחלה כלשהיא, מקבל/ת טיפול רפואי, האם נפצעת בתאונה, או עברת בדיקות ב-3 חודשים אחרונים?

3. האם ייעצו לך לעבור ניתוח או אושפזת בבית חולים ב-10 השנים האחרונות? האם עברת אי פעם ניתוח?

4. האם הנך בריא/ה כעת, מסוגל/ת לעבוד בעבודתך במשרה מלאה והאם היית בריא/ה ומסוגל/ת לעבוד ב-12 החודשים האחרונים לפני מילוי הצהרה זו?

5. האם נעדרת מהעבודה בשל מחלה למעלה מחודש ב-5 השנים האחרונות?

6. האם הנך סובל/ת או סבלת בעבר מאחת המחלות/הפרעות להלן:
א. סרטן, גידול, גוש או ממאירות.

ב. מחלות העצבים והחושים כגון שיתוקים, סחרחורת והתעלפויות, אפילפסיה, כאבי ראש כרוניים (מיגרנות), הפרעות תנועה או תחושה, הפרעה בראיה או בשמיעה, דיכאון או מחלות נפשיות.

ג. מחלות דרכי הנשימה והריאה, כגון: אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, יריקת דם, שעול ממושך, אמפיזמה, מחלת קרום הריאה או מחלה אחרת.

ד. מחלות לב וכלי הדם, כגון: התקף לב, אוטם, טרומבוזה, אנגינה פקטוריס, לחץ דם גבוה, אי ספיקת לב, הפרעות קצב הלב, או מחלה אחרת.

ה. מחלות דרכי העיכול, כגון: אולקוס (כיב קיבה או תריסרון), מחלות מעיים, דימום מרכי העיכול, מחלות כבד וכיס מרה, חולי או בדיקות הקשורות במחלות צהבת (מסוג HEPATITIS), דם סמוי בצואה או מחלה אחרת.

ו. מחלות כליה ודרכי השתן, כגון: מחלות או זיהומים בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה או מחלה אחרת.

10. **הצהרות:**

א. אני/הח"מ מצהיר/ים בזה שכל התשובות שנתתי/נו בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. אני/ו מתחייב/ים אם נדרש לכך על ידי החברה, להיבדק בדיקה רפואית על ידי רופאי החברה והתשובות שתיסמנה על ידי רופאי החברה תישבנה כחלק מהצעת/נו. ידוע לי/נו שהביטוח נכנס לתוקפו, רק לאחר שהחברה הודיעה על תנאי קבלת רגילים, או במקרה והחברה הודיעה על תנאי קבלת מיוחדים, רק לאחר הסכמתנו להם, ובתנאי נוסף שמיום הבדיקה או מיום החתימה על הצהרת הבריאות ועד ליום שבו החליטה החברה על הסכמתה לעריכת הפוליסה לא חל כל שינוי במצב בריאותי/נו, באורח חיי/נו ובעיסוקי/נו.

ב. הודעה לפי סעיף 11 לחוק הגנת הפרטיות: בסעיף זה "החברה" משמעותו מגדל לביטוח בע"מ, וחברות וגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח בע"מ. אני הח"מ מאשר בזאת שהמידע המבוקש שמסרתי במסגרת הצעה זו נמסר מרצוני ובהסכמת. המידע והנתונים שמסרתי וכל עדכון שלהם יישמרו במאגרי המידע של החברה וישמשו לבחינת ההצעה, להוצאת פוליסות, לניהול השוטף של תיק הביטוח ו/או של תיק ההשקעות של המוצרים הפיננסיים שרכשתי בחברה, למתן שירותים במסגרת פוליסות הביטוח, ליצירת קשר ולפניה בהזמנה להציע הצעות לרכישת פוליסות ביטוח, קרנות פנסיה, קרנות נאמנות ומוצרים פיננסיים נוספים. במסגרת זאת החברה רשאית להעביר את המידע המתייחס אלי גם לכל גוף משפטי מבין אלו הנכללים במונח "החברה" וכן לסוכן הביטוח המטפל בפוליסה. אם החברה תארגן את פעילותה במסגרת תאגיד אחר או תתמזג עם גוף אחר, היא תהיה זכאית להעביר לתאגיד החדש העתק מן המידע שאגור אודותי ובלבד שתאגיד זה יקבל על עצמו כלפי את הוראות הודעה זו.

ידוע לי/נו כי הצהרת הבריאות והצהרת המבוטח ונכונותן הן תנאי לחבות המבוטח.

חתימת המבוטח _____ תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה _____ X

ויתור על סודיות רפואית

אני/ו הח"מ, בשמי/נו ובשם ילדי, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאפוטרופוס/ית טבעי/ת שלהם, נותן/ים בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן, כל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, המוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון למסור ל"מגדל חברה לביטוח בע"מ", ו/או ל"מגדל ניהול קרנות פנסיה בע"מ", להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל בצורה שתידרש ע"י "המבקש" על מצב בריאותי/נו ו/או על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שהנינו/ו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד, והנני/ו משהרר/ים 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/נו ו/או מחלותי/נו כנ"ל, ומוותר/ים על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי/נו אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי/נו, את עובדי/נו ובאי כוחי/נו החוקים ומל מלי שיבוא במקומי/נו, וכן הנני/ו מייפה/ים את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי/נו.

חתימת המבוטח _____ תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ מס' ת.ז. _____ חתימה _____ X