

## הצהרת בריאות

אני הח"מ: שם משפחה: שם פרטי: ת.ז.:

1. גובהי \_\_\_\_\_ ס"מ משקלי \_\_\_\_\_ ק"ג

### אם התשובה חיובית, נא לפרט

2. האם נקבעה לך על ידי המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון, או גורם אחר נכות כלשהי, או הוגשה מטעמך בקשה אשר הדין בה טרם הסתיים לקביעת דרגת נכות כאמור
3. האם אושפזת בבית חולים כתוצאה ממחלה או מתאונה במשך שלוש השנים האחרונות
4. האם הינך סובל או סבלת בעבר מאחת המחלות הבאות:
- א. מחלות לב, כלי דם, יתר לחץ דם, מחלות דם
- ב. סכרת
- ג. מחלות ריאה, דרכי נשימה
- ד. סרטן או מחלות ממאירות
- ה. מחלות מעיים, כבד
- ו. מחלות כליות
- ז. מחלות פרקים, עצמות, בעיות בעמוד שידרה
- ח. מחלות עצבים, מוח, הפרעות נפשיות
- ט. מחלת איידס או נשא של מחלת איידס
5. האם הנך מעשן? אם כן, נא למלא הפרטים:
- אני מעשן \_\_\_\_\_ סיגריות ליום במשך \_\_\_\_\_ שנים
6. האם הנך משתמש בסמים ובאלכוהול

אני הח"מ מצהיר/ה בזה שכל התשובות שמסרתי הן נכונות ומלאות. אני מתחייב/ת, אם אדרש לכך על ידי החברה, להיבדק בדיקה רפואית על ידי רופא הקרן, והתשובות שתימסרנה לרופא הקרן תחשבנה כחלק בלתי נפרד מהצהרת הבריאות. אם ניתנה תשובה חיובית לאחת מהשאלות המפורטות לעיל, כניסת הכיסוי הביטוחי לתוקף מותנית באישור החברה המנהלת, רק לאחר שהחברה הודיעה על תנאי קבלה רגילים, או במקרה והחברה הודיעה על תנאי קבלה מיוחדים, רק לאחר הסכמתי להם, ובתנאי נוסף שמיום הבדיקה או מיום החתימה על הצהרת הבריאות ועד ליום בו הסכימה החברה על הקבלה לקרן, לא חל שינוי במצב בריאותי. ידוע לי כי זכויותי נקבעות בהתאם לתקנות הקרן כפי שהן מעת לעת (להלן: **התקנות**), ואין באמור בהצהרה זו כדי להפחית מהתנאים הקבועים בתקנות לכל דבר ועניין, ובשום מקרה לא תקוצר תקופת התשלום המינימלית הנדרשת לצורך זכאות לכיסוי ביטוחי הנובע ממחלה, תאונה או מום, שנקבעו לפני הביטוח בקרן וכיו"ב. ידוע לי כי הקרן רשאית להחריג את זכאותי או זכאות שאירי לפנסית נכות או שאירים בהתאמה בגין מצבי הבריאותי.

ידוע לי כי כל התשובות שציניתי הנן מהותיות לצורך קבלתי לקרן וידוע לי כי החברה המנהלת תהא רשאית לבטל או לשלול את זכויותי בקרן, כולן או מקצתן, אם נמסרו פרטים בלתי נכונים ו/או בלתי מדויקים שיש בהם כדי להשפיע על זכויותי בקרן.

חתימה

מס' ת.ז.

שם פרטי ומשפחה

תאריך

### ויתור על סודיות רפואית:

אני הח"מ, נותן בזה רשות לקופת חולים או לכל מוסד רפואי אחר ו/או בתי חולים ו/או משרד הבטחון ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או חברות ביטוח ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לכל עובדיהם ו/או מי מטעמם (להלן - "המוסדות") למסור למגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או למי מטעמם ו/או לבאי כוחן (להלן - "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובצורה שתדרש ע"י המבקש המצויים בידי המוסדות על מצב בריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, והנני משחרר בזה את כל המוסדות ו/או עובדיהם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או שיקומי ו/או סוציאלי ו/או הסיעודי ו/או מחלותיי כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כן הנני מייפה את המבקש לאסוף כל מידע שיראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

### הודעה והסכמה לפי סעיף 11 לחוק הגנת הפרטיות:

אני מאשר בזאת שהמידע שנמסר על-ידי נמסר מרצוני ובהסכמתי וכי ידוע לי כי המידע והנתונים שמסרתי ואמסור וכל עדכון שלהם יישמרו במאגרי מידע ממוכנים או אחרים בחברה המנהלת ו/או במאגרי לקוחות של קבוצת מגדל ו/או גורם מטעמם או מטעם צדדים שלישיים וכי יכול שיעשה שימוש במידע הנ"ל גם לצורך פילוח ומיקוד פניות שיווקיות. אני מסכים כי מידע כאמור ישוגר אלי אף באמצעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר או כל אמצעי תקשורת אחר. אם לא אהיה מעוניין במידע או פנייה כאמור אוכל להודיע על כך לחברה בכל עת. קבוצת מגדל בבקשה זו משמעה - מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ וכן כל גוף ו/או חברה הנשלטים על-ידיה, במישרין או בעקיפין.

חתימה

מס' ת.ז.

שם פרטי ומשפחה

תאריך