



שם המבוטח הראשי / העמית	מספר זהות
שם הסוכן	מספר הסוכן
מספר הסכם	

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

שאלון להשלמת פרטים רפואיים שאלון מס' 16 - בלוטת הערמונית (פרוסטטה)

א. שאלון בלוטת הערמונית (פרוסטטה)			
1. ציין מהי המחלה/המום/התופעה ממנה אתה סובל/סבלת? ☐ בלוטת מוגדלת ☐ גידול שפיר ☐ גידול ממאיר, צרף מכתב מאורולוג, בדיקת PSA עדכנית ותוצאות בדיקה היסטולוגית.			
2. ציין מתי התגלתה המחלה/המום/התופעה הנ"ל? _____			
3. האם נותחת בעקבות המחלה/המום/התופעה הנ"ל? ☐ לא ☐ כן, תאריך הניתוח: _____			
תאריך	שם המועמד/ העמית	מספר זהות	חתימה ★

ב. הצהרה	
אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמילאתי לעיל נכונים ומלאים, ולא החסרתי פרטים העשויים להשפיע על ההחלטה לאשר את ההצעה לביטוח חיים/בריאות/קרן פנסיה עבורי. כמו כן אני מצהיר כי ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעת ביטוח חיים/בריאות/בקשת להצטרפות לקרן פנסיה, ובכפוף לרשום בה ידוע לי שאם הצהרתי זו אינה נכונה באופן מלא או חלקי, אזי בהתקיים התנאים הקבועים בחוק, בחוזה הביטוח התשמ"א - 1981 / תקנון הקרן, תהיה החברה פטורה מכל חוב על-פי הפוליסה / התכנית ולא ישולם לי או לשאירי/יורשי/מוטבי סכום כלשהו. אני החתום מטה מאשר בזאת שהמידע שנמסר על-ידי לקבוצת מגדל, נמסר מרצוני ובהסכמתי וכי ידוע לי כי המידע והנתונים שמסרתי ואמסור וכל עדכון שלהם, בין שנמסר על-ידי או מי מטעמי ובין שהגיע לקבוצת מגדל באופן אחר, יישמרו במאגרי מידע ממוכנים או אחרים של קבוצת מגדל ו/או גורם מטעמם. אני מסכים כי המידע האמור ישמש את קבוצת מגדל ו/או גורם מטעמה לצורך פעילותה. קבוצת מגדל בבקשה זו משמעה - מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ וכן כל גוף ו/או חברה הנשלטים על-ידיה, במישרין או בעקיפין.	
תאריך	חתימת המועמד לביטוח/העמית ★

