



שם מפעל	מס' סוכן	שם סוכן	מס' מפעל
אדמה אגן בע"מ	48701801	מבטח סיימון	962033 <input type="checkbox"/>
אדמה פתרונות	48701801	מבטח סיימון	962035 <input type="checkbox"/>
אדמה מכתשים	48701801	מבטח סיימון	962031 <input type="checkbox"/>

תאריך מבוקש להתחלת הביטוח			
שנה	חודש	יום	לידיעתך תחילת הביטוח בחתימה על טופס עד ה- 15 לחודש הינה ה- 1 לחודש הנוכחי תחילת ביטוח בחתימה על הטופס אחרי ה- 15 לחודש הינה ה- 1 לחודש העוקב.
לתשומת ליבך, תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה. מועד תחילת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.			

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

טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי אדמה ובני משפחותיהם

טופס מספר **3103**

השימוש בטופס זה הינו לזמן מוגבל בלבד, כפי שייקבע ע"י החברה

א. פרטי העובד/ת						
מספר זהות	שם משפחה		שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	יישוב	מיקוד	מספר טלפון	
מספר עובד	תאריך תחילת עבודה		כתובת דואר אלקטרוני			

ב. פרטי המועמדים לביטוח						
מועמד לביטוח	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מוטבים
בן/בת זוג					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	היורשים על פי הדין באפשרותך למנות מוטבים אחרים, באמצעות טופס מספר 568 - הוראה מינוי מוטבים, שעליך למלא ולשלוח למגדל.
ילד 1					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
ילד 2					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
ילד 3					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
ילד 4					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
ילד 5					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
ילד 6					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
*ילד/ה עד גיל 25, ילד/ה בוגר/ת מגיל 25						

פרטים נוספים				
מועמד לביטוח	שם קופת חולים			
	כללית	מכבי	לאומית	מאוחדת
עובד/ת	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

אופן מסירת מידע למבוטח:
אני מעוניין לקבל את הפוליסה, מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח, דו"ח שנתי ומידעים בקשר אליה באחת מהאופציות הבאות:

דואר אלקטרוני בליווי מסרון לטלפון הנייד

דואר בליווי מסרון לטלפון הנייד

במקרה שלא סומנה בחירה לעיל יישלחו המסמכים הנ"ל באמצעות מסרון או דוא"ל של העובד/ת עפ"י הרשום לעיל.

ידוע לי כי הפרטים האישיים שנמסרו לעיל (כתובת, מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכות "מגדל חברה לביטוח" עבור מוצרי בריאות וביטוח חיים וחיסכון הקיימים לי בחברה וישמשו למטרת התקשרות איתי.
ככל ומבוקש להשתמש בפרטים האישיים בעבור מוצרים השונים מוצרי בריאות וביטוח חיים וחיסכון ניתן לפנות למוקד שרות הלקוחות בטלפון 03-9201010.



0179331030105010725

עמוד 1 מתוך 5 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 793



ג. תכנית/ות הביטוח המבוקשת/ות* (נא סמן ב-X את התוכנית/ות המבוקשת/ות)

הרחבה וולונטרית מחלות קשות**	מסלול משלים שב"ן	מסלול מהשקל הראשון	
פיצוי בגין מחלות קשות מנת ביטוח הינה בגובה 25,000 ש"ח סכום הביטוח הבסיסי הינו 2 מנות ביטוח, שה"כ 50,000 ש"ח. ניתן לרכוש עד 6 מנות ביטוח.	*השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל - פרק 1 *ניתוחים וטיפולי מחליפי ניתוח בחו"ל - פרק 2 *ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן - פרק 3 *שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים - פרק 4 *טיפול תרופתי מיוחד - פרק 5 *רפואה משלימה - פרק 6 *שירות אבחון מהיר - פרק 7	*השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל - פרק 1 *ניתוחים וטיפולי מחליפי ניתוח בחו"ל - פרק 2 *ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - פוליסה אחידה מהשקל הראשון - פרק 3 *שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים - פרק 4 *טיפול תרופתי מיוחד - פרק 5 *רפואה משלימה - פרק 6 *שירות אבחון מהיר - פרק 7	מועמד לביטוח
מנות _____		<input checked="" type="checkbox"/>	עובד/ת
מנות _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בן/בת זוג
מנות _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ילד 1
מנות _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ילד 2
מנות _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ילד 3
מנות _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ילד 4
מנות _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ילד 5
מנות _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ילד 6

* אם המועמד אינו חבר שב"ן - יש לרכוש כיסוי לניתוחים במסלול מהשקל הראשון.
** הצטרפות להרחבה וולונטרית מחלות קשות - בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום.

ד. אופן תשלום

עבור הפרמיה בגין ביטוח בריאות עבור בני משפחתי ו/או הרחבה וולונטרית מחלות קשות. יש למלא פרטי כרטיס אשראי.
כרטיס אשראי: (בחר את סוג הכרטיס המתאים): ישראלכרט אמריקן אקספרס ויזה דינרס MAX

מספר זהות בעל הכרטיס	שם בעל הכרטיס	מספר כרטיס	בתוקף עד

בחתימתי מטה אני מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסות ביטוח חיים/בריאות. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על-ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על-ידי הרשאה ל"מגדל חברה לביטוח בע"מ" להעביר לחברת כרטיסי האשראי חייבים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי. אני מסכים כי הסדר זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום לפני מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר. ידוע לי כי ביצוע הסדר תשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על-ידי חברת הביטוח.

אם המשלם אינו מועמד לביטוח יש לפרט את מהות הקשר בינו לבין המועמדים לביטוח

תאריך _____ חתימת העובד/ת* _____

ה. הצהרות (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי)

- אני ה"מ מבקש לבטח אותי בהתאם לתנאי תכנית/ות הביטוח שנבחרה/ו בהצעה זו לאחר שהוצג בפניי עיקרי תנאי הביטוח ודמי הביטוח עבור התכנית/כל אחת מהתכניות שבכוונתי לרכוש ומצאתי אותה/ן מותאמות לצרכיי ובהסתמך על האמור בהצעה זו אני מצהיר ומתחייב כדלהלן:
- הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה: ידוע לי, כי התשובות שמסרתי במסגרת הצעה זו נכונות ומלאות וישמשו בסיס לחוזה הביטוח המבוקש וחלק בלתי נפרד הימנו וכן לצורך הוצאת פוליסות, גביית תשלומים בגינן, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות. תשובה שאינה מלאה או כנה עלולה לגרום לביטול הפוליסה ו/או לתשלום תגמולי ביטוח מופחתים או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי הביטוח.
 - קבלה לביטוח: ידוע לי כי הסכמת החברה לקבל את המועמד לביטוח כרוכה בין היתר, בהליך של חיתום שעל פיו, החברה מעריכה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים, נתונים סטטיסטיים, מידע רפואי, או כל מידע אחר רלוונטי, בשים לב למדיניות החיתום של החברה, ורק עם סיומו תודיעו לי אם קבלתם או לא קבלתם את ההצעה. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
 - נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, הפרמיה ותקופת הביטוח.
 - הליך הצטרפות: ידוע לי כי במקום בו אפשר לצרף חלק מן המועמדים לביטוח ואילו המועמדים האחרים נדרשים להמשך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה, יתקבלו לביטוח אותם מועמדים שאפשר לקבלם. לגבי יתר המועמדים - מועמדותם לביטוח תבחן רק בתום הליך החיתום.
- אני מעוניין באפשרות פיצול זו.

(מחזורת 07.2025)



0179331030205010725

עמוד 2 מתוך 5 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 793



ה. הצהרות (יש לסמן X במשבצת אם רלוונטי) - המשך

5. למבקשים להצטרף לביטוח ניתוח משלים לשב"ן - סמן X ב- ידוע לי ואני מאשר ומצהיר כי:

- א. הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, החברה (המבטח) תשלם את ההפרש בין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. הכיסוי ניתן לניתוחים אצל גותני שירות שבהסכם עם החברה.
- ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המועמד לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות לחברה למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
- ג. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
- ד. בסיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המועמד לפנות לחברה ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" בתוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים.

6. ידוע לי ואני מסכים ומאשר כי הכיסוי בתכנית הביטוח נקבע בהתאם לתנאי הפוליסה המלאים ויכול שהינו כפוף לתקופת אכשרה ו/או לסייג בשל מצב רפואי קודם כהגדרתו בתקנות הפיקוח על עסקי הביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) והוראות לעניין מצב רפואי קודם התשס"ד-2004.

7. איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי

רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון ("הרשות") במשרד האוצר הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר לרשות אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. לנוחותך, תוכל למלא בקשה להסרת פרטיך מהממשק באמצעות טופס דיגיטלי באתר האינטרנט של חברתנו בכתובת: www.migdal.co.il שלא במעמד הצירוף.

לידיעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

8. **היותו של העובד שלוח של המועמדים:** אני/ו מאשר/ים כי העובד הינו שלוח שלי/נו לכל דבר ועניין בקשר עם הפוליסה, ובכלל זה בכל הנוגע להודעות ביטול הפוליסה ובכלל זה בכל הנוגע להודעות ביטול הפוליסה.

לקבלת מידע אודות מוצרי הביטוח בהר הביטוח באפשרותך לשנות או להוסיף שם בגיר לצורך זיהוי באתר האינטרנט של החברה ובאזור האישי.

9. הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

ידוע לי כי המידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור (ביחד להלן: "המידע") יישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן (ביחד להלן: "קבוצת מגדל") ו/או ישותף ביניהם, ויעובד בהתאם לשימושים המנויים במדיניות הפרטיות שנזכרת להלן, לרבות בכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות של פוליסות, תוכניות ו/או מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין.

אני מאשר שהמידע נמסר מרצוני ובהסכמתי ולא חלה עלי חובה חוקית למסור אותו. כמו כן, ידוע לי כי אי מסירת המידע תמנע מקבוצת מגדל את היכולת לספק לי את השירותים באופן מיטבי.

אני מאשר כי המידע יועבר לצדדים שלישיים לצורך המטרות הנ"ל, לרבות לסוכני ביטוח, בעלי רישיון, ספקים, מבטחי משנה, גורמים מתפעלים ונותני שירותים.

ידוע לי כי בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981, הנני רשאי לעיין במידע שמנוהל לגביי, וכי יש לי את הזכות לבקש את תיקונו אם נמצא כי אינו שלם או מעודכן.

בבקשה למימוש זכות העיון, ניתן לפנות למוקד קשרי הלקוחות באמצעות טלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני mokedbi@migdal.co.il.

מדיניות הגנת הפרטיות זמינה עבורך בכתובת <https://www.migdal.co.il/support/privacy-and-data-security> או באפליקציית מגדל.

תאריך	חתימת העובד/ת *	תאריך	חתימת חתימת בן/בת זוג *
תאריך	חתימת ילד/ה מעל גיל 18 *	1.2	3.
תאריך	4.	5.	6.

ו. אישור המועמדים להצטרפות לתכנית נוספת המעניקה פיצוי במגדל

הצהרה זו רלוונטית לתכנית מסוג: **מחלות קשות**.

הנני מאשר הצטרפתי לביטוח, במסגרת התכנית המבוקשת גם אם קיימת במגדל או בחברת ביטוח אחרת פוליסה אחרת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, וכי ידוע לי כי במקרה זה יגבו ממני דמי ביטוח (פרמיות) עבור שתי הפוליסות.

אישורי זה יחול גם במקרה של הגדלת סכום ביטוח ו/או רכישת כיסויים נוספים בפוליסה קיימת בחברה.

אין באמור בכדי להוות אישור החברה על ביטוח קיים בתוקף במגדל.

תאריך	חתימת העובד/ת *	תאריך	חתימת חתימת בן/בת זוג *
תאריך	חתימת ילד/ה מעל גיל 18 *	1.2	3.
תאריך	4.	5.	6.

(מהדורה 07.2025)



0179331030305010725

עמוד 3 מתוך 5 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 793



ז. הסכמה לפניות שיווקיות

אני מסכים / לא מסכים כי המידע ישמש את מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמו, לצורך שיווק ודיוור ישיר אודות כיוסיים ביטוחיים ומוצרים ו/או שירותים פנסיוניים, פיננסיים ואחרים ולפנייה בהצעה לרכישתם, וזאת בין היתר באמצעות פקסימיליה, הודעה אלקטרונית (דוא"ל), הודעת מסר קצר (SMS), מערכת חיוג אוטומטי או כל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה השיווקית באמצעות סוכן הביטוח או באתר מגדל או פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה. טלפון 03-9201010, דואר אלקטרוני mokedbi@migdal.co.il

<input type="text"/>	תאריך	<input type="text"/>	חתימת עובד/ת *	<input type="text"/>	חתימת בן/בת זוג *
----------------------	-------	----------------------	----------------	----------------------	-------------------

ח. חתימת המועמדים לביטוח/ המצהיר בשם המועמדים

אני מאשר כי אני שלוח המועמדים לביטוח לכל דבר ועניין בקשר עם הפוליסה, ובכלל זה בכל הנוגע להודעות ביטול הפוליסה. אני החתום מטה מבקש בזאת ממגדל חברה לביטוח בע"מ לבטח אותי ובני משפחתי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.

<input type="text"/>	תאריך	<input type="text"/>	שם העובד/ת	<input type="text"/>	מספר תעודת זהות	<input type="text"/>	חתימת העובד/ת *
----------------------	-------	----------------------	------------	----------------------	-----------------	----------------------	-----------------





- יש למלא את הצהרת הבריאות רק עבור המקרים שלהלן:**
- עבור הצטרפות לרובד הרחבה וולונטרי ביטוח מחלות קשות.
 - עובד/ת חדש/ה בני/ות זוג וילדיהם המבקשים להצטרף לביטוח לאחר 120 יום מיום תחילת עבודתו.
 - בני משפחה חדשים של עובד: בן/בת זוג או ילד חדש - לאחר 120 יום ממועד הנישואין, מועד הלידה או מועד האימוץ.
 - עובדים קיימים בני/ות זוג וילדיהם לאחר 120 יום ממועד תחילת הביטוח.
 - מבטוח/ת אשר פרש/ה מביטוח זה וחזר בו.

ט. הצהרת בריאות - הצהרה זו תחול לחוד על מבטוח (מבוגר), על בן/בת זוג ועל כל אחד מן הילדים המבטוחים

יילדה/6		יילדה/5		יילדה/4		יילדה/3		יילדה/2		יילדה/1		סמן כן / לא - פרט אם יש צורך. אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)		עובד/ת		בן/בת זוג	
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	אורח חיים		לא	כן	לא	כן
												גובה בס"מ משקל בק"ג ילדים מגיל 10 בלבד					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ- 2 כוסות אלכוהול ליום (לילדים החל מגיל 16)? (22)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	רקע רפואי		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 האם ב- 5 השנים האחרונות: א. עברת בדיקה רפואית אבחנתית לרבות בדיקת הדמיה ו/או בדיקה פולשנית ונמצא בה ממצא שהצריך ברוח/מעקב רפואי או הנך נמצאת כיום במהלך של בדיקות רפואיות אלו שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית בגינך? אם כן, אנא פרט וצרף את תוצאות הבדיקות: ב. הנך נוטלת או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע או הינך נמצא כעת במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית? (21) ג. נפצעת מתאונה (10) או אושפזת בבית חולים כתוצאה ממחלה או תאונה בחמש שנים האחרונות? (3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 האם ב- 5 שנים האחרונות עברת ניתוח ו/או ייעוץ לך לעבור ניתוח? (3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 האם נקבעה לך נכות קיימת (זמנית או קבועה) ו/או אתה נמצא בתהליך לקבלת הכרה בנכות ממוסד כלשהו? (23) אם כן, אנא פרט וצרף מסמכים:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהמערכות / נושאים הבאים:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 מחלות לב (2) יתר לחץ דם (28), וכלי הדם (14) ו/או עברת צנתור		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 מחלות כליה ודרכי השתן (15), כגון: מחלות זיהומים בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה (16)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 מחלות ריאה ודרכי הנשימה (1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 סוכרת (7) שומנים גבוהים בדם (9)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 מערכת השלד, שרירים, מחלות פרקים ועצמות (19) (17), גב/עמוד שדרה (5), בריחת סידן, לופוס (זאבת), סקלרודרמה.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 דרכי עיכול, מחלות כבד, צהבת (6) (29)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 בעיות גניקולוגיות או פוריות (לילדים החל מגיל 12).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 איידס ו/או נשאות HIV?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 מחלות עיניים או הפרעות בראייה (ליקויי ראייה מעל מס' 8) (11) ו/או אזניים (12)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני? (24)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 מערכת עצבים, המוח, ו/או הפרעות התפתחותיות: לרבות אפילפסיה (4), אירוע מוחי, גידול מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, רעד, פרקינסון, שיתוק, פוליו, בעיות בהתפתחות ו/או גדילה, ASPERGER, אוטיזם, קשב וריכוז, הפרעות הרטבה (מעל גיל 5), סחרחורת והתעלפויות. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב- 3 השנים האחרונות?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 נפש: לרבות מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה (13) ו/או הפרעות אכילה.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

הערות:

<input type="text"/>	תאריך	חתימת העובד/ת *	<input type="text"/>	תאריך	חתימת ה/ת	<input type="text"/>	תאריך
<input type="text"/>	3.	חתימת בן/בת זוג *	<input type="text"/>	2.	חתימת ילדה/ מעל גיל 18 *	<input type="text"/>	1.
<input type="text"/>	6.	<input type="text"/>	5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4.	



0179331030505010725

עמוד 5 מתוך 5 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 793

(מחזורת 07.2025)