



## ה. שאלון רפואי

מועמד 7	מועמד 6	מועמד 5	מועמד 4	מועמד 3	מועמד 2	ראשי	שאלות לכלל המועמדים
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	1. האם הנך בהליך של בירור רפואי ו/או במעקב רפואי ו/או הומלץ לך על צורך בנייתו או טיפול רפואי בעתיד או הומלץ ע"י רופא שלא לנסוע לחו"ל? (יש לפרט במלל חופשי בהמשך התהליך).
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	2. האם במהלך 3 החודשים האחרונים היית באשפוז, עברת ניתוח ו/או חלה החמרה במצב הרפואי? (יש לפרט במלל חופשי בהמשך התהליך)*
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	3. האם הנך בטיפול רפואי ו / או תרופתי באופן קבוע? אין צורך לסמן "כן" במידה והטיפול הוא באחת מהמחלות הבאות בלבד: לחץ דם, כולסטרול, יתר / תת פעילות בלוטת התריס, הפרעות קשב וריכוז, ויטמינים, צרבת, מיגרנה, אלרגיה, וגוללות נגד הריון.
<b>4. האם קיימת אבחנה ו/ או הינך בטיפול באחד או יותר מהמקרים הבאים, במידה וכן יש לסמן בהתאם:</b>							
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	א. מחלת סרטן בששת החודשים האחרונים
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	ב. טרשת נפוצה
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	ג. הפרעה פעילה בקצב לב, אוטם שריר הלב, אי ספיקת לב או קוצב לב
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	ד. מחלת לב איסכמית/צנתור בשנה האחרונה
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	ה. אי ספיקת כליות - ללא טיפול בדיאליזה
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	ו. אי ספיקת כליות בטיפול דיאליזה
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	ז. סכרת לא מאוזנת ו /או פגיעה באיברי מטרה
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	ח. סכרת מאוזנת ללא פגיעה באיברי מטרה
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	ט. COPD בטיפול מחולל חמצן
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	י. COPD ללא טיפול מחולל חמצן
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	יא. ניוון שרירים
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	יב. סיסטיק פיברוזיס
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	יג. מושטל איברים
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	יד. אירוע מוחי ב-12 החודשים האחרונים



### ה. שאלון רפואי - המשך

מועמד 7	מועמד 6	מועמד 5	מועמד 4	מועמד 3	מועמד 2	ראשי	שאלות לכלל המועמדים
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	טו. פרקינסון
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	טז. אלצהיימר
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	5. האם את נמצאת בהריון?
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	6. האם במהלך הנסיעה את עתידה לעבור את שבוע 32?
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	7. האם בבדיקות מעקב היריון שביצעת נמצאו ממצאים לא תקינים או ההריון אובחן כהריון בסיכון?

אם התשובה כן באחת השאלות שלעיל אנא פרט וצרף מסמכים רפואיים:

---



---



---

### ו. אופן התשלום והגבייה

אופן הגבייה:

אין צורך למלא

כרטיס אשראי - (בחר את סוג הכרטיס המתאים):  ויזה  ישראלכרט  דיינרס  אמריקן אקספרס  לאומי קארד

אופן התשלום:  תשלומים\*

\* מעל \$ 150 ותקופת נסיעה העולה על 90 יום.

מספר זהות בעל הכרטיס	שם בעל הכרטיס	תוקף הכרטיס	מספר הכרטיס

אני מאשר בזאת כי בעל הכרטיס אישר לי במפורש, שישלם את התשלומים בגין פוליסות הביטוח שרכש באמצעות כרטיס האשראי, אשר פרטיו נמסרו לי במהלך השיחה. הודעתי לבעל הכרטיס וקיבלתי את הסכמתו לכך שהחברה המבטחת תהיה רשאית להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי, בגין פרמיות ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח בין בעל הפוליסה לבין מגדל חברה לביטוח בע"מ.

	<b>חתימת המועמד לביטוח</b> ★		<b>חתימת הסוכן / הנציג</b> ★
--	------------------------------	--	------------------------------



## ז. הצהרות והתחייבויות המועמדים לביטוח: יש להקריא הצהרות אלו למועמד לביטוח בטלפון

- בנוסף ומבלי לגרוע מהאמור בתנאי הפוליסה, בתנאי השימוש באתר/באפליקציה ובסודיות ופרטיות, הנני מאשר/ת, מצהיר/ה ומתחייב/ת כדלקמן:
1. הצהרה זו חלה עלי ועל כל המבוטחים הנלווים אליי והמבוטחים על פי הפוליסה אותה רכשתי באמצעות אתר האינטרנט/האפליקציה של 'מגדל חברה לביטוח בע"מ' וכי כל הפרטים והתשובות שנתתי נכונים ומלאים ומהווים בסיס להצעת המחיר והקבלה לביטוח.
  2. הפוליסה תקפה רק אם נרכשה על ידי טרם הנסיעה לחו"ל והיציאה מישראל. הכיסוי הביטוחי מכח הפוליסה הינו לנסיעה אחת בלבד.
  3. מצב רפואי קיים:
    - לא ידוע לי על כל סיבה ו/או צורך בקבלת טיפול רפואי כלשהו שלי ו/או של הנלווים אליי והמבוטחים על פי פוליסה זו, וכן לא ידוע לי על קיומן של מחלות כרוניות כלשהן שלי ו/או של הנלווים אליי המבוטחים על פי פוליסה זו.
  4. המבטח לא אחראי ולא יכסה עפ"י הפוליסה, בין היתר הוצאות הקשורות ו/או הנובעות ממצב רפואי בגינו היה המבוטח בטיפול רפואי לרבות טיפול תרופתי בלבד או בהשגחה בעת צאתו לחו"ל או משך 3 חודשים שקדמו לצאתו.
    - על אף האמור לעיל, במקרה בו נרכשה הרחבה להחמרת מצב רפואי קיים בתוספת פרמיה, יינתן כיסוי על פי תנאי ההרחבה במקרה של שינוי לרעה פתאומי ובלתי צפוי של מחלה או מצב בריאותי קיים ובלבד שטיפול הכרחי בחו"ל כטיפול חירום.
  5. 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, הוראות הדין הפוליסה, ורק עם סיומו תודיעו לי אם קבלתם או לא קבלתם את ההצעה במסגרת הליך החיתום, אם אדרש לכך על-ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בדיקה רפואית על-ידי רופאי החברה והתשובות שתמסרנה על-ידי לרופאי החברה תחשבנה כחלק מהצעת. **תאריך תחילת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.**
    - הליך הצטרפות: ידוע לי כי במקום בו אפשר לצרף חלק מן המועמדים לביטוח ואילו המועמדים האחרים נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה, יתקבלו לביטוח אותם מועמדים שאפשר לקבלם. לגבי יתר המועמדים - מועמדותם לביטוח תבחן רק בתום הליך החיתום.
  6. הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות
    - אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ וכן בגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיורור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע שמסרתי ימסר לסוכן הביטוח/בעל רישיון לצרכי שירות לגורמים נוספים כמתחייב בדיון (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגידי). מדיניות הגנת הפרטיות של קבוצת מגדל זמינה עבורך באתר האינטרנט [www.migdal.co.il](http://www.migdal.co.il) או באפליקציה של החברה
  7. יותר על סודיות רפואית: אני מיפה בזאת את כוחה של מגדל חברה לביטוח בע"מ לעיין ולקבל כל מידע רפואי הנוגע אליי ו/או למי מהמבוטחים על פי פוליסה זו, וכן משחרר בזאת כל גוף או מוסד המחזיק במידע האמור לרבות כל רופא ו/או כל מוסד רפואי ועובדיו מחובות הסודיות הרפואית על מנת למסור למגדל חברה לביטוח בע"מ ולבא כוחה כל מסמך אשר יידרש על ידם אודות המצב הרפואי ו/או הטיפול הרפואי הניתן לי ו/או לאילו הנלווים אליי והמבוטחים על פי פוליסה זו. השימוש במידע יעשה לצורך צירוף לביטוח ויישבו תביעות בלבד.
  8. הנני מסכים/ה כי כל המידע הנמסר ו/או שיימסר על-ידי, בין אם אשלים את תהליך הרכישה ובין אם לאו, תוכלו לעשות בו שימוש כמפורט בתנאי השימוש ובכפוף לסודיות ופרטיות של אתר האינטרנט/אפליקציה.
  9. הנוסח המלא של הפוליסה על נספחיה מצוי באתר האינטרנט של מגדל וניתן לצפות בו כאן ולהדפיסו בכל עת. הנני מצהיר כי קראתי את כל תנאי הפוליסה, החריגים והסתייגים. ידוע לי כי תנאי הפוליסה והחריגים המלאים הם אלו אשר יחייבו את מגדל.
  10. מגדל שומרת לעצמה את הזכות להחליף ו/או לשנות את מי ו/או כל נתוני השירות מטעמה וזאת על פי שיקול דעתה הבלעדי.
  11. הריני מאשר/ת בזאת, כי קראתי והבנתי את ההצהרות הנלוות לתהליך הרכישה באתר/אפליקציה, לרבות ובייחוד הצהרה זו, וכי אני מסכימ/ה לכל האמור בהן. אישור זה יחול עלי ועל כל המבוטחים הנלווים אליי המבוטחים על פי פוליסה זו.
  12. הנני מצהיר ומאשר כי המבוטחים הנלווים אלי המבוטחים בפוליסה אותה רכשתי בהליך זה הינם בני משפחתי הקרובים.

אני החתום מטה מצהיר כי כל הפרטים שצוינו בטופס זה הם נכונים מלאים ומדויקים

<input type="checkbox"/> חתימת המועמד לביטוח	<input type="checkbox"/> תאריך
--	--------------------------------

## ח. הסכמה לפניית שיווקיות

אני מסכים /  לא מסכים כי המידע ישמש את מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לרבות סוכן הביטוח שלי, לצורך שיווק ודיורור ישיר של מוצרים ושירותים מקבוצת מגדל בכל אמצעי תקשורת ולפנייה בהצעה לרכישתם. 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 [mokedbii@migdal.co.il](mailto:mokedbii@migdal.co.il)

<input type="checkbox"/> חתימת בן/בת זוג	<input type="checkbox"/> חתימת מועמד ראשי / ניציג מועמדים עד גיל 18	<input type="checkbox"/> תאריך
--	---	--------------------------------

## ט. הצהרות הסוכן

1. דיברתי עם המועמד הראשי לביטוח באופן אישי, הקראתי לו את ההצהרות לעיל והמועמד אישר לי מפורשות כי הבין את משמעותן.
2. הסברתי למועמד הראשי לביטוח את עיקרי התוכנית התנאים והסתייגים.
3. הסברתי למועמד הראשי כי הפוליסה אינה מכסה מקרה ביטוח הנובע ו/או הקשור למצב בריאותי בגינו היה המבוטח/ת בטיפול או בהשגחה בעת צאתו/ה לחו"ל או במשך שלושת החודשים שקדמו ליציאה.

<input type="checkbox"/> חתימת הסוכן / הניציג	<input type="checkbox"/> מספר שלוחה	<input type="checkbox"/> השירה נערכה בתאריך
---	-------------------------------------	---

