



נא לחתום ולהחזיר לחברה

מהדורה: 5

אסמכתא: 517383666

אישור פרטים לביטוח חיים ובריאות

פוליסה 521568100

בעל הפוליסה

בנימין הכסטר : ת.ז. 028793339

טלפון: 02-9993029

נחל לכיש 34 (3) בית שמש 99093

המבוטח

בנימין הכסטר : ת.ז. 028793339

תאריך לידה: 03/11/1971 מין: זכר

פרטים כלליים

מקצוע : מנהל אחר

עיסוק : מנהל אחר

עיסוק משני : אין

תחביבים מסוכנים: אין

עישון סיגריות או מוצרי טבק אחרים בשנתיים האחרונות : לא

המקצוע, העיסוק והתחביבים שמסר המבוטח לחברה משמשים יסוד לביטוח זה. המבוטח חייב להודיע לחברה בכתב, תוך 30 יום ממועד כל שינוי של מקצועו או עיסוקו, וכן בעת שישתנו תחביביו לתחביבים מסוכנים יותר.

הצהרה על העדר ביטוח זהה בחברה אחרת:

איני מבוטח/ת כיום, בחברה אחרת, בכיסוי ביטוחי הזהה לכיסויי שביקשתי לרכוש בהצעה זו.

הצהרות המבוטח**שאלה****תשובה**

לא	האם יש לך או היו לך מחלות ו/או הפרעות בריאותיות : שחזרו על עצמן ? ו/או נמשכו מעל שבוע ימים ? ו/או הצריכו מתן טיפול תרופתי או אחר ? (למעט : שפעת, מחזור חודשי נשים, טיפולי פוריות, מניעת הריון, מחלות ילדים : אדמת, חזרת וכיוב...)
לא	האם נאסר עליך לתרום דם בגין מחלה או הפרעה בריאותית ? (למעט אנמיה קלה שאינה מצריכה מעקב ו/או טיפול תרופתי כלשהו)
לא	האם יש לך או היו לך בעיות/מחלות/הפרעות נפשיות שהצריכו טיפול אצל פסיכיאטר לרבות טיפול תרופתי ?
לא	האם יש לך נכות ו/או מום כלשהם, או האם אתה נמצא בהליך לקביעת נכות ?
כן	האם עברת או הומלץ לך לעבור פעולה ניתוחית ?
לא	האם עברת אחד או יותר מהניתוחים הבאים: אפנדציט, הסרת כיס מרה בשל אבנים, טחורים, פיסורה, וריקוצלה (לגברים בלבד) ?
כן	האם עברת אחד או יותר מהניתוחים הבאים: הרניה, שקדים, קוסמטי באף, לייזר בעיניים, ישור מחיצות, קיסרי, הגדלת/הקטנת חזה קוסמטי, עד 2 הפלות (לנשים) ?
לא	האם בוצעה בך פעולה ניתוחית נוספת או המליצו לך לעבור ניתוח בעתיד ?
לא	האם אושפזת לתקופה העולה על 2 לילות למעט לידה/ניתוח קיסרי ללא סיבוכים?
לא	האם יש לך או היו לך בעיות גב, עמוד שידרה לרבות עמוד שידרה צווארי ?

המבוטח בנימין הכסטר

חתימה

תאריך



נא לחתום ולהחזיר לחברה

המשך...

ת.ז. : 028793339

מהדורה : 5

בנימין הכסטר

פוליסה: 521568100

הצהרות המבוטח (המשך)

שאלה	תשובה
האם עברת בדיקה מסוג MRI או CT?	כן
האם עברת CT/MRI בשל בעיות גב?	לא
האם עברת CT/MRI בגלל בעיה אחרת?	כן
האם עברת בדיקה מסוג: מיפוי, צינתור, ביופסיה, ו/או שאושפזת בחשד לבעיות לב, כלי דם, גידולים?	לא
האם עברת בדיקת קולונוסקופיה?	לא
האם הינך נשא או שקיים חשש כלשהו להידבקותך בנגיף האיידס (HIV)?	לא
האם השתמשת או שהינך משתמש/ת בסמים, או צורך משקאות אלכוהולים יותר מ-3 כוסיות ביום?	לא
האם אחד או יותר מהאחים, האחיות, ההורים חלו במחלות הבאות לפני שהגיעו לגיל 60? מחלת לב, סרטן, סוכרת, מחלת פוליפיפים בכליות או במעי, או מחלה אחרת?	כן
לב?	לא
סרטן?	כן
האם המחלה היא סרטן השד ו/או סרטן שחלה?	כן
האם מחלת הסרטן במעי הגס?	לא
סוכרת?	לא
פוליפיפים בכליות או במעי?	לא
האם אחד או יותר חלו במחלה משפחתית אחרת לפני הגיעם לגיל 60?	לא
מהו גובהך בס"מ?	190 סמ
מהו משקלך בק"ג?	94 קג
האם חברת ביטוח כלשהי סירבה לקבל אותך לביטוח חיים או לביטוח בריאות?	לא
האם יש או היו במקצועך, עיסוקך או תחביבך סיכונים כגון: גובה, טיס, צלילה מעל 30 מטר, עיסוק בחומרי נפץ/חבלה, קרינה או חומרים מסוכנים או סיכון אחר?	לא
האם קיימת מחלה או בעיה רפואית אחרת שלא ציינת בשאלון?	לא
האם יש לך תביעות גוף?	לא
האם נמסר מידע נוסף שלא צויין בשאלון?	לא

המבוטח בנימין הכסטר

עמוד 2

תאריך

חתימה

המשך...



נא לחתום ולהחזיר לחברה

המשך...

ת.ז.: 028793339

מהדורה: 5

בנימין הכסטר

פוליסה: 521568100

הצהרה

נחתנת בזאת הצהרתי כי כל תשובותי כפי שמסרתי טלפונית וכפי שנרשם בטופס זה הינן מלאות, כנות ונכונות וכי לא העלמתי כל עובדה ו/או פרט מהותי כלשהו מאי.די.איי. - חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה"). הצהרתי זו ותשובותי מהוות בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין החברה, וכל השאלות והתשובות המופיעות בטופס יחשבו כעניין מהותי על פי הוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.

הריני מאשר בזאת כי בדקתי את הנתונים המופיעים במפרט ההצעה (ובכלל זה את סכומי הביטוח והמוטבים), והנני מאשר את נכונותם. ידוע לי כי במקרה של תיקון/שינוי במסמך זה אין תוקף להצעת הביטוח ו/או הפוליסה.

ידוע לי כי ביטוח ישיר הינה חלק מקבוצת "ביטוח ישיר" השקעות פיננסיות, אני מסכים כי פרטי יועברו לחברות הקבוצה, כך שיוצעו לי ההטבות והשירותים המוצעים על ידי... לידיעתך, אם אינך מעוניין שפרטי יועברו לחברות הקבוצה נא הודיענו בכתב לכתובתנו - אפעל 35 פ"ת . 49511

המבוטח בנימין הכסטר

חתימה

תאריך



נא לחתום ולהחזיר לחברה

פוליסה: 521568100

טופס ויתור סודיות

בעל הפוליסה

בנימין הכסטר	ת.ז.: 028793339
נחל לכיש 34 (3) בית שמש 99093	טלפון: 02-9993029

המבוטח

בנימין הכסטר	ת.ז.: 028793339
תאריך לידה: 03/11/1971	מין: זכר

מסירת מידע:

אני החתום/מה מטה נותן/ת בזה רשות לכל מוסד רפואי, קופת חולים, משרד הבטחון, שלטונות צה"ל, משטרת ישראל, המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד או מי מטעמכם (להלן: "המוסדות") למסור לאי. די. אי. - חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה") או למי מטעמה את כל הפרטים שתדרוש החברה המצויים בידיכם על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד.

אני משחרר/ת בזה אתכם ואת עובדיכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הרפואי כאמור לעיל ומתיר/ה לכם בזאת מתן כל המידע האמור אודותי הנמצא ברשותכם לחברה.

ויתור סודיות:

הנני מוותר/ת על סודיות זו כלפי החברה, ולא תהיה לי כלפי המוסדות כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למידע כאמור.

נתוני קופת חולים:

קופ"ח נוכחית _____ סניף _____ קופ"ח קודמת _____ סניף _____

חוק הגנת הפרטיות:

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע או תביעה, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות.

הריני מסכים/מה ומאשר/ת בזאת כי החברה תהיה רשאית להעביר את המידע שברשותה ו/או שיהיה ברשותה לעו"ד ו/או לרופא ובלבד שהעברת המידע נדרשת לצורך תפקודה כמבטח לרבות ניהול הליכים משפטיים.

כתב זה מחייב אותי, את עזבוני, ילדיי וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

המבוטח בנימין הכסטר

חתימה

תאריך