



נא לחתום ולהחזיר לחברה  
 מהדורה: 2  
 אסמכתא: 705123619

## אישור פרטים לביטוח חיים ובריאות

פוליסה 1023469700

### בעל הפוליסה

בנימין הכסטר  
 נחל קטלב 13 (11) בית שמש 9962043  
 ת.ז.: 028793339  
 טלפון: 02-9993029

### המבוטח

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

### פרטים כלליים

עיסוק עיקרי : מנהל פיתוח עסקי  
 עיסוק נוסף : 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.

### הצהרות המבוטח

| שאלה                                                                                                                                                                                    | תשובה |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1. מה גובהך (בס"מ)?                                                                                                                                                                     | 189   |
| 2. מה משקלך בק"ג?                                                                                                                                                                       | 86    |
| 3. האם הנך מעשן/ת?                                                                                                                                                                      | לא    |
| 4. האם צרכת או הנך צורך סמים?                                                                                                                                                           | לא    |
| 5. האם נהגת לצרוך או הנך צורך כיום מעל 3 כוסות משקאות אלכוהולים ביום?                                                                                                                   | לא    |
| 6. האם אובחנת, או הנך בהליך אבחון רפואי בשל: סוכרת. שומנים בדם. בלוטת התריס                                                                                                             | לא    |
| 7. האם אובחנת, או הנך בהליך אבחון רפואי בשל: איידס ומחלות זיהומיות (שחפת, דלקת קרום הלב, דלקת קרום המוח ועוד)                                                                           | לא    |
| 8. האם אובחנת, או הנך בהליך אבחון רפואי בשל: סרטן ומחלות ממאירות. גידול, גוש או טרום סרטני?                                                                                             | לא    |
| 9. האם אובחנת, או הנך בהליך אבחון רפואי בשל: מחלות דם וקרישה                                                                                                                            | לא    |
| 10. האם אובחנת, או הנך בהליך אבחון רפואי בשל: לב. כלי דם. אירוע מוחי. יתר לחץ דם                                                                                                        | לא    |
| 11. האם אובחנת, או הנך בהליך אבחון רפואי בשל: כליות ודרכי השתן                                                                                                                          | לא    |
| 12. האם אובחנת, או הנך בהליך אבחון רפואי בשל: ריאות ודרכי נשימה (למעט אסטמה מטופלת בונטולין בעונות מעבר בלבד, אלרגיה בעונות מעבר, סינוסיטיס ללא ניתוח, דלקת ריאות מעל שנה וללא סיבוכים) | לא    |
| 13. האם אובחנת, או הנך בהליך אבחון רפואי בשל: מערכת העיכול                                                                                                                              | לא    |

### המבוטח בנימין הכסטר

חתימה

תאריך



נא לחתום ולהחזיר לחברה

המשך...

|                    |                 |
|--------------------|-----------------|
| בנימין הכסטר       | ת.ז.: 028793339 |
| פוליסה: 1023469700 | מהדורה: 2       |

**הצהרות המבוטח (המשך)**

| שאלה                                                                                                                                                                                                  | תשובה |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 14. האם אובחנת, או הנך בהליך אבחון רפואי בשל: מוח ומערכת העצבים. אפילפסיה. מיגרנה                                                                                                                     | לא    |
| 15. האם אובחנת, או הנך בהליך אבחון רפואי בשל: בעיות נפשיות                                                                                                                                            | לא    |
| 16. האם אובחנת, או הנך בהליך אבחון רפואי בשל: עור (למעט פסוריאזיס ללא מעורבות פרקים ולמעט הסרת נקודת חן מעל שנה עם תוצאות תקינות -שפירות)                                                             | לא    |
| 17. האם אובחנת, או הנך בהליך אבחון רפואי בשל: דלקת פרקים                                                                                                                                              | לא    |
| 18. האם אובחנת, או הנך בהליך אבחון רפואי בשל: כבד                                                                                                                                                     | לא    |
| 19. האם נותחת או הומלץ לך לעבור ניתוח בחמש השנים האחרונות? (למעט: ניתוחים אורטופדיים, ניתוח קיסרי בעקבות לידה, ניתוח פוליפים באף. חתכים ותפרים)                                                       | לא    |
| 20. האם אושפזת לתקופה העולה על 2 לילות בחמש השנים האחרונות? (למעט אשפוז עקב דלקת ריאות ושפעת מעל שנה וללא סיבוכים)                                                                                    | לא    |
| 20. האם יש לך נכות ו/או האם אתה נמצא בהליך לקביעת נכות?                                                                                                                                               | לא    |
| 21. האם עברת או שהומלץ לך לעבור MRI, CT, מיפוי, צנתור, ביופסיה, אולטרה סאונד, אקו לב בשבע השנים האחרונות למעט: בדיקות לבעיות אורתופדיות, מיפוי עצמות, בדיקות עבור ניתוח שצוין, להיריון                | לא    |
| 22. האם עברת או שהומלץ לך לעבור קולונוסקופיה, ממוגרפיה (לנשים בלבד) א.ק.ג, ארגומטריה בשבע השנים האחרונות?                                                                                             | כן    |
| האם בוצעה או הומלץ לבצע ממוגרפיה?                                                                                                                                                                     | לא    |
| האם בוצעה או הומלץ לבצע קולונוסקופיה?                                                                                                                                                                 | כן    |
| האם מדובר בהמלצה בלבד לקולונוסקופיה?                                                                                                                                                                  | כן    |
| האם מדובר בהמלצה לקולונוסקופיה שגרתית?                                                                                                                                                                | כן    |
| האם בוצעו או הומלץ לבצע א.ק.ג או ארגומטריה?                                                                                                                                                           | לא    |
| 23. האם נטלת או הומלץ לך נטילת טיפול תרופתי קבוע בחמש השנים האחרונות? (למעט: שפעת, אוסטיאופורוזיס, טיפולי פוריות, מניעת היריון, ויטמינים, צרבת, תרופות לאלרגיה קלה, אספירין למניעה למבוטח מעל גיל 55) | לא    |
| 24. האם למיטב ידיעתך שניים מבני משפחתך או יותר: הורים, אחים, אחיות, חלו באותה מחלה עד גיל 65: לב, סרטן, שבץ מוחי, כליות פוליציסטיות.                                                                  | לא    |
| 25. האם קיימת תביעת גוף בחברתנו?                                                                                                                                                                      | לא    |

**המבוטח בנימין הכסטר**

חתימה

תאריך

עמוד 2

המשך...



נא לחתום ולהחזיר לחברה

המשך...

ת.ז.: 028793339

מהדורה: 2

בנימין הכסטר

פוליסה: 1023469700

## 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 הטבות 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: 1023469700

## טופס ויתור סודיות

בעל הפוליסה

בנימין הכסטר  
נחל קטלב 13 (11) בית שמש 9962043  
ת.ז.: 028793339  
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