

הצהרת בריאות

הצהרת בריאות זו תחול לחוד על מבוטח-מבוגר, על בן/בת הזוג ועל כל אחד מהילדים המבוטחים הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לגברים ולנשים

מרחב: _____ צוות: _____ סוכנות: _____ שם הסוכן: _____ מס' הסוכן: _____

פרטי המבוטח: שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז.: _____ גובה _____ ס"מ, משקל _____ ק"ג

תאריך לידה _____ מין _____ עיסוק _____ תחביבים _____

בן/בת הזוג: שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז.: _____ גובה _____ ס"מ, משקל _____ ק"ג

תאריך לידה _____ מין _____ עיסוק _____

עיסוקים / תחביבים / אורח חיים עם סיכון מיוחד (פרט וצרף שאלון מתאים)

בן/בת הזוג	המבוטח
כן לא	כן לא
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>ז. מחלות חילוף חומרים, כגון: סוכרת, מחלות בלוטות, מחלות בלוטות המגן, שומנים גבוהים בדם, כולסטרול מעל 220 מ"ג %, המופיליה או הפרעות אחרות הקשורות בדם.</p>	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>ח. מחלות מין עור, כגון: עגבת, פצע שאינו מתרפא, שינויים בגודל וצורה של נקודת חן, יבלת, מלנומה או סרטן עור.</p>	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>ט. חולי או הדבקות הקשורות באידס (תסמונת הכשל החיסוני) או האם הנך נושא/ת נוגדים של אידס.</p>	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>י. כאבי גב, מחלות פרקים ועצמות כגון: דלקות פרקים, ראומטיזם, ארטריטיס, כאבי גב או מחלה אחרת.</p>	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>5. האם אחד מקרוביך (אב/אם/אח/אחות/בן/בת) חלה או חולה בסרטן או במחלה נירולוגית (כגון אלצהיימר, טרשת, נפוצה, פרקינסון) מתחת לגיל 50?</p>	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>6. במידה והנך רוכש כיסוי עבור ילדך, האם הנו סובל או סבל בעבר מאחת המחלות המופיעות לעיל? אם כן, (נא למלא הצהרת בריאות נפרדת).</p>	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>7. האם הנך מקבל תרופות? שם התרופה _____ המינון _____</p>	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>8. האם אי פעם נדחתה או נתקלה בתנאים מיוחדים הצעתך לביטוח חיים או בריאות בחברת ביטוח כלשהי?</p>	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>אם התשובה על אחת או יותר מהשאלות 1-8 היא 'כן' נא פרט/י:</p>	
<p>_____ המחלה או ההפרעה או הפגיעה</p>	
<p>_____ מתי החלה (חודש/שנה)</p>	
<p>_____ מתי הסתיימה (חודש/שנה)</p>	
<p>_____ האם החלמתך? / האם ממציא הבדיקה תקינים?</p>	
<p>_____ איזה טיפול קיבלת ומתי (חודש/שנה)</p>	
<p>_____ האם היית מאושפז? מתי (חודש/שנה)</p>	
<p>_____ במידה והסתיימה, האם המחלה/בדיקה חזרה מספר פעמים?</p>	
<p>_____ האם נקבעו לך אחוזי נכות?</p>	
<p>9. מוסד רפואי - קופת חולים: <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> סניף _____</p>	
<p>שם הרופא המטפל _____</p>	
<p>כתובת הרופא או הסניף _____</p>	

עישון:

המבוטח אינני מעשן ולא עישנתי בעבר אינני מעשן/ת _____ סיגריות ליום, במשך _____ שנים אינני מעשן/ת _____ סיגריות ליום, במשך _____ שנים בעבר עישנתי _____ סיגריות ליום, במשך _____ שנים שנים וזמא _____ שנים אינני מעשן

בן/בת הזוג אינני מעשן ולא עישנתי בעבר אינני מעשן/ת _____ סיגריות ליום, במשך _____ שנים אינני מעשן/ת _____ סיגריות ליום, במשך _____ שנים בעבר עישנתי _____ סיגריות ליום, במשך _____ שנים שנים וזמא _____ שנים אינני מעשן

אלכוהול:

אני צורך/צרכתי מעבר לליטר אלכוהול בשבוע החל משנת _____ ועד שנת _____

סמים:

אני צורך/צרכתי סמים. מזה _____ שנים שאיני צורך סמים. ציין את סוג הסמים מתי ובמשך איזו תקופה (חודש/שנה) _____

1. האם הנך חולה כעת במחלה כלשהיא, מקבל טיפול רפואי, האם נפצעת בתאונה, או עברת בדיקות ב-3 חודשים אחרונים?

2. האם ייעצו לך לעבור ניתוח או אושפז בבית חולים ב-10 השנים האחרונות? האם עברת אי פעם ניתוח?

3. האם נעדרת מהעבודה בשל מחלה למעלה מחודש ב-5 השנים האחרונות?

4. האם הנך סובל או סבלת בעבר מאחת המחלות/הפרעות להלן:

א. **סרטן, גידול, גוש או ממאירות.**

ב. **מחלות העצבים והחושים** כגון: שיתוקים, סחרחורות והתעלפויות, אפילפסיה, כאבי ראש כרוניים (מיגרנות), הפרעות תנועה או תחושה, הפרעה בראיה או בשמיעה, דיכאון או מחלות נפשיות.

ג. **מחלות דרכי הנשימה והריאה**, כגון: אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, יריקת דם, שעול ממושך, אמפיזמה, מחלת קרום הריאה או מחלה אחרת.

ד. **מחלות לב וכלי הדם**, כגון: התקף לב, אוטם, טרומבוז, אנגינה פקטוריס, לחץ דם גבוה, אי ספיקת לב, הפרעות קצב הלב, או מחלה אחרת.

ה. **מחלות דרכי העיכול**, כגון: אולקוס (כיב קיבה או תריסריון), מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כבד וכיס מרה, חולי או בדיקות הקשורות במחלות צהבת (מסוג HEPATITIS), דם סמוי בצואה או מחלה אחרת.

ו. **מחלות כליה ודרכי השתן**, כגון: מחלות או זיהומים בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה או מחלה אחרת.

הצהרות:

א. אני/הח"מ מצהיר/ים בזה שכל התשובות שנתתי/נו בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות. אני/ו מתייב/ים אם נדרש לכך על ידי החברה, להיבדק בדיקה רפואית על ידי רופאי החברה והתשובות שתימסרנה על ידי רופאי החברה תיחשבה כחלק מהצעתנו. ידוע לי/נו שהביטוח נכנס לתוקפו, רק לאחר שהחברה הודיעה על תנאי קבלת רגילים, או במקרה והחברה הודיעה על תנאי קבלת מיוחדים, רק לאחר הסכמתנו להם, ובתנאי נוסף שמיים הבדיקה או מיום החתימה על הצהרת הבריאות ועד ליום שבו החליטה החברה על הסכמתה לעריכת הפוליסה לא חל כל שינוי במצב בריאותי/נו, באורח חיי/נו ובעיסוקי/נו.

ידוע לי/נו כי הצהרת הבריאות והצהרת המבוטח נכונותן הן תנאי לחבות המבטח.

חתימת המבוטח המבוגר מבני הזוג _____

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ חתימה _____



יתור על סודיות רפואית
אני/הח"מ, בשמי/נו ובשם ילדי, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאפוסטרופוס/ית טבעית/שלמה, נותן/ים בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה, וכן, כל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, המוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון למסור ל"מגדל חברה לביטוח בע"מ", להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש" על מצב בריאותי/נו ו/או על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שהנינו/ו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעת, והנינו/ו משחררי/ם אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי/נו ו/או מחלתי/נו כ"ל, ומוותר/ים על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי/נו אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב יתור זה מחייב אותי/נו, את עזבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו, וכן הנני/נו מייפיה/ם את "המבקש" לאסוף כל מידע שיראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי/נו.

חתימת המבוטח/ים: _____ המבוגר מבני הזוג _____ תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ מס' ת.ז. _____ חתימה _____

בן/בת הזוג _____ תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ מס' ת.ז. _____ חתימה _____