



שם הסוכן _____ משגב ירושלים

מספר סוכן _____

מספר פוליסה _____

הצהרת בריאות קצרה

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מספר זהות: _____

פרטים	לא	כן	סוג המחלה
			1. האם אתה משתמש או השתמשת בשלוש השנים האחרונות במוצרי טבק? אם כן ציין סוג וכמות. האם אתה משתמש או השתמשת בעבר בסמים? האם אתה צורך או צרכת בעבר אלכוהול?
יש לסמן האם אתה סובל או סבלת בעבר מאחת המחלות הרשומות להלן. אם כן – יש למלא הפרטים והשאלון המתאים:			
			2. מחלות לב, מומי לב, שבץ מוחי, לחץ דם מוגבר ומחלות כלי דם
			3. סוכרת, שומנים בדם
			4. מחלות ריאה ודרכי נשימה
			5. מחלות עצבים, שיתוקים או הפרעות בתנועה, מחלות נפש
			6. מחלות דרכי עיכול, קיבה, מעיים, שלשול חוזר, צרבת, דם בצואה
			7. גידול שפיר/ממאיר
			8. מחלות כליה, דרכי שתן, מערכת המין, דם או חלבון בשתן
			9. נכות כלשהי כתוצאה מתאונה או מחלה
			10. מחלה או כאבים בגב, עמוד שדרה, פרקים ועצמות
			11. איידס, הפטיטיס ומחלות כבד
			12. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע? האם אושפזת בבית חולים (לרבות בחדר מיון)?
גובה: _____	ס"מ	משקל: _____	ק"ג
שם קופת חולים _____	שם הסניף וכתובתו _____		
שם וכתובת הרופא המטפל _____			

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן בזה רשות למשרד הביטחון, למוסד לביטוח לאומי, לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן, לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או למי מטעמה ו/או בה כוחה להלן: "המבקש", את כל הפרטים, ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש", על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בעתיד, הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם, ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.

כתב זיהוי זה מחייב אותי ואת עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

שם ומשפחה: _____ תאריך: _____ חתימה _____