כלל חברה לביטוח בע"מ

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו
מספר הצעה	☐☐☐☐☐☐☐-☐

הצהרת המועמדים לביטוח על מצבם הבריאותי

לכל רגע בחיים יש כלל

כלל ביטוח

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

כתוב בלשון יחיד, תקף גם ללשון רבים

פרטי המועמדים לביטוח

	שם המשפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
מועמד ראשון				☐ז ☐נ			
מועמד שני				☐ז ☐נ			
ילדים 1				☐ז ☐נ			
2				☐ז ☐נ			
3				☐ז ☐נ			

	מקצוע	עיסוק	תחביב	מקצוע	עיסוק	תחביב
מועמד ראשון / מועמד שני	שם הרופא המטפל	קופת חולים		שם הרופא המטפל	קופת חולים	

1 שאלון מבוא כללי

מועמד ראשון כן	מועמד ראשון לא	מועמד שני כן	מועמד שני לא	השאלה / הנושא	ילדים - שמות 1 לא	1 כן	2 לא	2 כן	3 לא	3 כן
				1. ירידה במשקל של יותר מ- 10% ממשקלך באופן לא רצוני, ב- 12 החודשים האחרונים						
				2. האם יש או היו אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה מחלת לב ו/או סרטן ו/או סכרת ו/או כליות ו/או במערכת העצבים ו/או מחלה תורשתית אם כן נא פרט בשאלון **א** להשלמת פרטים רפואיים.						
				3. עישון - האם את מעשן היום ☐ **סיגריות** - אם כן פרט כמות ביום: ☐ עד 20 ☐ עד 40 ☐ עד 60 ☐ יותר מ- 60 ☐ **סיגריה אלקטרונית** ☐ **סיגרים** ☐ **מקטרת** ☐ **נרגילה**						
				3.1 הפסקת עישון במהלך 3 השנים האחרונות						
				3.2 הפסקת עישון לפני יותר מ- 3 שנים ואי-חזרה לעישון כלל						
				4. שימוש בסמים כעת ו/או בעבר — אות השאלון **יח**						
				5. צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר, חוץ מאשר באירועים חברתיים אם כן נא פרט כמות ליום:_____.						

2 שאלון מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים

האם יש או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם, כלהלן?
על כל תשובה חיובית יש למלא גם את השאלון המתאים.

מועמד שני כן	מועמד שני לא	כן	לא	אות השאלון	ילדים - שמות 1 לא	1 כן	2 לא	2 כן	3 לא	3 כן
				1. במערכת העצבים והמוח - לרבות אפילפסיה, חבלת ראש, אירוע מוחי, פרקינסון, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, שיתוק, הפרעות תחושה, סחרחורות, התעלפויות	**ב**					
				2. בנפש ובמצב הרוח, לרבות דיכאון, חרדה, הפרעה דו-קוטבית, ניסיון אובדני, מצב בו נדרש טיפול פסיכיאטרי	**ג**					
				3. בדרכי הנשימה והריאות: לרבות אסטמה, אמפיזמה, COPD, פניאומטורקס, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה	**ד**					
				4. בעור: לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, מחלת עור אלרגית, נגע טרום ממאיר, מלנומה, סרטן עור.	**ה**					
				5. בלחץ הדם, מערכת הלב וכלי הדם: לרבות יתר לחץ דם, התקף לב, כאבי חזה, הפרעות קצב, מום בלב, איוושה (רשרוש), צינתור, טרומבוזה, תסחיף, מפרצת באאורטה, מחלת כלי דם	**ו**					
				6. במערכת העיכול ובקעים: לרבות החזר ושטי (ריפלוקס), כיב קיבה, כיב תריסריון, מחלת קרוהן, אולצרטיב קוליטיס, דימום ממושך, פרוקטיסיס	**ז**					
				7. בכבד, בטחול ובלבלב: לרבות צהבת, הפטיטיס, כבד שומני, דלקת לבלב (פנקריאטיטיס), טחול מוגדל	**ח**					
				8. בכליות ובדרכי השתן: לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלוקס, דלקת כליה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית (פרוסטטה).	**ט**					
				9. מחלה מטבולית ו/או אנדוקרינית (הורמונלית): לרבות סוכרת, בלוטת המגן, שומנים גבוהים (כולסטרול, טריגליצרידים),שיגדון (GOUT), FMF.	**י**					
				10. בדם ובמערכת החיסון: לרבות ערכים חריגים בספירת הדם (כדוריות, טסיות), הפרעה בקרישת הדם, הפרעה במערכת החיסון	**יא**					
				11. מחלות זיהומיות ו/או מחלות מין: לרבות שחפת, איידס (לרבות נשאות), חום ממושך	**יב**					
				12. מחלה ממארת ו/או גידול ממאיר: לרבות גידול טרום סרטני, סרטן	**יג**					
				13. במערכת השלד ו/או השרירים: לרבות כאבי גב, ליקוי בעמוד השדרה, בעיות בחוליות, באגן הירכיים, שבר, נקע, פריקה ו/או קטיעה, בכטרב	**יד**					
				14. במערכת הראייה ו/או אף, אוזן וגרון: לרבות הפרדות רשתית, גלאוקומה, ליקוי ראייה מעל 8, אובאיטיס, קרטוקונוס, טיפול בלייזר, ירידה בשמיעה, טינטון, יבלות במיתרי הקול	**טו**					
				15. במערכת המין ו/או הרבייה: לרבות גוש בשד, ציסטה בשד או בשחלה, הפלות חוזרות, כעת בהריון, אשך טמיר, גוש באשך	**טז**					
				16. מחלה ו/או הפרעה ריאומטית (מחלת מפרקים): לרבות אוסטיאופורוזיס, מחלות ו/או דלקות מפרקים ו/או עצמות, לופוס (זאבת), פבירומיאלגיה	**יז**					

כלל חברה לביטוח בע"מ - בית כלל ביטוח, דרך מנחם בגין 48, תל-אביב 66180 • www.clal.co.il • טל. 03-9420440 • פקס 077-6383235 • מוקד שירות לקוחות בטל. 5454*

המשך / הצהרת המועמד לביטוח על מצבו הבריאותי

3				3 - שאלות נוספות	ילדים - שמות					
מועמד ראשון		מועמד שני		**האם יש או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם, כלהלן?**	1		2		3	
לא	כן	לא	כן	על כל תשובה חיובית יש לפרט בהמשך, נא רשום את שם המועמד ומספר השאלה	לא	כן	לא	כן	לא	כן
				1. נמצא בטיפול רפואי כלשהו, כולל תרופתי ו/או השגחתי						
				2. קיימת מחלה ו/או בעיה כרונית ו/או תורשתית						
				3. קיימת נכות כלשהי ו/או אתה בתהליך לקבלת נכות עקב תאונה ו/או מחלה ו/או מתעתד להגיש תביעה לנכות						
				4. אושפזת בחמש השנים האחרונות (לרבות אשפוז יום) למעט ניתוחים						
				5. נותחת או שאתה צפוי לעבור ניתוח אם כן, מהו הניתוח ומועדו _____						
				6. עברת או הומלץ לך לעבור בדיקה פולשנית כלשהי בדיקת דימות כלשהי ו/או כל בדיקה אחרת						
				7. מצוי בבירור רפואי כלשהו						
				8. **לילדים בלבד:** בהתאם לגיל הילד, האם ישנם חיסונים שעדיין לא ניתנו?						

פירוט לשאלות בשאלון מספר 3 בלבד להן ניתנה תשובה חיובית. בכל מקרה אחר יש למלא שאלון מתאים על פי ההפניה בשאלונים 1 ו- 2.

מספר שאלה	שם המועמד	תיאור

1. הצהרת המועמדים לביטוח על ויתור על סודיות רפואית

א. אני נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה כולל: קופת חולים מכבי, קופת חולים כללית, קופת חולים לאומית, קופת חולים מאוחדת, לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון, למוסד לביטוח לאומי, לקרנות הפנסיה, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, לרופא המטפל בי בקביעות וכל רופא אחר, שנמצאתי או שאמצא בטיפולו וכן כל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, וכן לכל חברות הביטוח ולכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה, למסור לכלל חברה לביטוח ו/או כל חברה בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ, להלן **"המבקש"**, את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי "המבקש ו/או הבאים בשמו", על מצב בריאותי, כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כיום, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותם והקשורים למצב בריאותי.

ב. אני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ומחלותיי כאמור, ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור.

ג. כן, אני מייפה את "המבקש" לאסוף מידע שייראה לו חשוב בקשר לבריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי פוליסה זו.

ד. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

ה. בקשתי זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות חולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים הנ"ל.

ו. כתב ויתור זה יחול על ילדיי הקטינים ששמותיהם פורטו, אם פורטו בהצעה.

2. הצהרת המועמדים לביטוח

א. אני מצהיר ומסכים ומתחייב בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה על-ידי הן כנות ומלאות ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח. ידוע לי כי במקרה של העלמת מידע או תשובה כוזבת יהיה חוזה הביטוח בטל מעיקרו בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח.
התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרה וכן כל מידע אחר שיימסר בכתב למבטח על-ידי ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

ב. אני מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום חתימתי על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח בהתאם לכיסויים הביטוחיים אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותיי על-פי הפוליסה להיפגע.

ולראיה באתי/נו על החתום:

תאריך _____ שם המועמד הראשון _____

מספר זהות _____ חתימה X _____

תאריך _____ שם המועמד השני לביטוח _____

מספר זהות _____ חתימה XX _____

3. אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים:

☐ עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 50%

חתימת המועמד הראשון X _____

חתימת המועמד השני XX _____

מק"ט 16019 01_2013 Clal_Design_Life_042