

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: _____ משגב ירושלים _____ 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)

המבוטח	בן/בת הזוג
כן לא	כן לא
<p>1. 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>	
<p>ח. מחלות מין עור, כגון: עגבת, פצע שאינו מתרפא, שינויים בגודל וצורה של נקודת חן, יבלת, מלנומה או סרטן עור.</p>	
<p>ט. חולי או הדבקות הקשורות באיידס (תסמונת הכשל החיסוני) או האם הנך נושא/ת נוגדנים של איידס.</p>	
<p>י. כאבי גב, מחלות פרקים ועצמות כגון: דלקות פרקים, ראומטיזם, ארטריטיס, כאבי גב או מחלה אחרת.</p>	
<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>	
<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>	
<p>7. האם הנך מקבל תרופות? שם התרופה: _____ המינון: _____</p>	
<p>8. האם אי פעם נדחתה או נתקבלה בתנאים מיוחדים הצעתך לביטוח חיים או בריאות בחברת ביטוח כלשהי?</p>	
<p>אם התשובה על אחת או יותר מהשאלות 1-8 היא 'כן' נא פרטי:</p> <p>המחלה או ההפרעה או הבדיקה או הפגיעה _____ מתי החלה (חודש/שנה) _____ מתי הסתיימה (חודש/שנה) _____ האם החלמת? / האם ממציא הבדיקה תקינים? _____ איזה טיפול קיבלת ומתי (חודש/שנה) _____ האם היית מאושפז? מתי (חודש/שנה) _____ במידה והסתיימה, האם המחלה/בדיקה חזרה מספר פעמים? _____ 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: _____ שם הרופא המטפל: _____ כתובת הרופא או הסניף: _____</p>	

עישון:

המבוטח	בן/בת הזוג
<input type="checkbox"/> אינני מעשן ולא עישנתי בעבר <input type="checkbox"/> אני מעשנת, סגירות ליום, במשך _____ שנים <input type="checkbox"/> ניכר עישנתי, סגירות ליום, במשך _____ שנים <input type="checkbox"/> שנים ומה, _____ שנים אינני מעשן	<input type="checkbox"/> אינני מעשן ולא עישנתי בעבר <input type="checkbox"/> אני מעשנת, סגירות ליום, במשך _____ שנים <input type="checkbox"/> ניכר עישנתי, סגירות ליום, במשך _____ שנים <input type="checkbox"/> שנים ומה, _____ שנים אינני מעשן

אלכוהול:

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

סמים:

אני צורך/צרכת 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 אושפוז 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 והחושיים** כגון: שיתוקים, סחרחורת 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 דם**, כגון: התקף לב, אוטם, טרומבוזת, אנגינה פקטוריס, לחץ דם גבוה, אי ספיקת לב, הפרעות קצב הלב, או מחלה אחרת.

ה. **מחלות דרכי העיכול**, כגון: אולקוס (כיב קיבה או תריסרון), 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 מתחייב/ים אם נדרש לכך על ידי החברה, להיבדק בדיקה רפואית על ידי רופאי החברה והתשובות שתומסרנה על ידי רופאי החברה תיחשבה כחלק מהצעתנו. ידוע לי/נו שהביטוח נכנס לתוקפו, רק לאחר שהחברה הודיעה על תנאי קבלת רגילים, או במקרה ותחברה הודיעה על תנאי קבלת מיוחדים, רק לאחר הסכמתנו להם, ובתנאי נוסף שמיום הבדיקה או מיום החתימה על הצהרת הבריאות ועד ליום שבו החליטה החברה על הסכמתה לעריכת הפוליסה לא חל כל שינוי במצב בריאותנו, באורח חיינו ובעיסוקנו.

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

חתימת המבוטח המבוגר מבני הזוג _____ תאריך _____
שם פרטי ומשפחה _____ חתימה _____

ויתור על סודיות רפואית
אני/ו הח"מ, בשמי/נו ובשם ילדי, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאפרופוסו/סית טבעית שלהם, נותני/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 לי/מגדל חברה לביטוח בע"מ, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש" על מצב בריאותנו ו/או על כל מחלה שחלתי/נו בה בעבר ו/או שהנני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד, והנני/ו משרת/ים אתכם וכל רופא מרופאכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מנספחים מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותנו ו/או מחלותינו/נו כנ"ל, ומוותר/ים על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהייה לי/נו אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לכ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי/נו, את עוזבני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו, וכן הנני/ו מייפיה/ים את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי/נו.

חתימת המבוטחים: _____ המבוגר מבני הזוג _____ תאריך _____
שם פרטי ומשפחה _____ חתימה _____
שם פרטי ומשפחה _____ חתימה _____