

### הצהרת בריאות מקוצרת

פרטי הסוכן	שם הסוכן	סוכנות	מס' סוכן
← פרטי המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	עיסוק / תחביב	ת.ד.
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ילדים	מכבי	מס'ב
תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	קופ"ח
שם רופא מטפל	שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי
במקרה והינך מבוטח משני רשום פרטי מבוטח ראשי			

### ← באם יש ביך פרוט נוסף אשר אינו נכלל בשאלות הר"מ או בשאלון המצורף, אנא צרף הפרוט על דף נפרד

בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני ההמשך עפ"י מספר השאלון המופיע בצמוד לשאלה.

גובה	משקל	האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
1.	האם אושפזת בעבר ו/או עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
מתי	משך האשפוז	סיבת האשפוז	
2.	האם הינך נמצא/ת בטיפול רפואי כלשהו או תחת השגחה רפואית או נוטל/ת תרופות	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
אבחנה	תרופה	מינון	
3.	האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית? מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא (5)?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו?	א. מהו אחוז הנכות _____ %	ב. סוג הנכות שנקבעה: <input type="checkbox"/> נכות זמנית <input type="checkbox"/> נכות קבועה <input type="checkbox"/> טרם נקבעה נכות	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
4.	האם הינך סובל/ת או סבלת בעבר מ: שטף דם מוחי (CVA), מחלות לב, מחלות דם ו/או מחלות בכלי הדם, מחלות בדרכי השתן והמין, אי ספיקת כליות או מחלות כליה אחרות, מחלות כבד, צהבת, עודף שומנים בדם (10), יתר לחץ דם (9), סוכרת? (1)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
5.	האם הינך סובל/ת או סבלת בעבר מ: מחלה ממארת - גידול סרטני (7), מחלות ריאה, אסטמה (4), עיוורון מלא או חלקי או מחלות עיניים אחרות (למרכיבי משקפיים לציין דיאופטריות), מחלות אוזניים או חירשות, מחלות מערכת העצבים (5)(10), הפרעות נפשיות (8), מחלות דרכי עיכול (6), מחלות/כאבי גב, פגיעה בעמוד השדרה (2) ומחלות פרקים (3).	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
6.	האם הינך סובל/ת ממחלות האיידס ו/או נשאות האיידס (10)?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
7.	האם עברת בדיקות או הנך ממתין לביצוע בדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה) לגלוי סרטן או מחלה ממארת, ביופסיה, מיפוי לב, צינטור, C.T., M.R.I. אולטרסאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת בשל תלונה או ממצאים חריגים.	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
אם כן ציין סוג הבדיקה	תאריך	אבחנה	האם בדיקה תקינה?
8.	האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל? פרט	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
האם הינך מעשן או עישנת בעבר?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
אם כן בא פרט מספר סיגריות ליום	משך עישון בשנים	מועד הפסקת עישון (אם עישנת בעבר)	
האם אתה משתמש או השתמשת בסמים?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	משקאות חריפים ליום/שבוע _____	קוסיות

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" באחת השאלות, אנא הקפד למלא שאלון מחלות מפורט, על פי מספר השאלון המצויין בסוגריים.

### ← רשימת שאלוני המשך

1. סוכרת
2. גב ועמוד השדרה
3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם
4. דרכי הנשימה
5. נכויות/פציעות
6. דרכי העיכול
7. גידולים
8. בעיות נפשיות
9. שאלון יתר לחץ דם
10. שאלון מחלות כללי

### ← ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ המבוטח, נותן/ת בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתדרש ע"י "המבקש", על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.

### ← חתימת המבוטח

תאריך	שם המועמד לביטוח	מספר ת.ד.	חתימת המועמד לביטוח
			