

הצהרת בריאות מלאה

פרטי הסוכן	שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח	מס' ההצעה
------------	----------	-----------	----------	-----------	-----------

פרטי המבוטח הראשי			פרטי המבוטח השני		
שם פרטי		שם משפחה		שם פרטי	
ת.ז.		ת.ז.		ת.ז.	
תאריך לידה		תאריך לידה		תאריך לידה	
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן _____ ילדים		<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן _____ ילדים		<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן _____ ילדים	
מין		מין		מין	
מצב משפחתי		מצב משפחתי		מצב משפחתי	
קופת חולים		קופת חולים		קופת חולים	
הרופא המטפל		הרופא המטפל		הרופא המטפל	
מקצוע		מקצוע		מקצוע	
עיסוק/תחביב		עיסוק/תחביב		עיסוק/תחביב	

הצהרת בריאות באם יש ברשותך מידע או פירוט נוסף מעבר לשאלון שלהלן (לרבות שאלוני המשך) הנך נדרש לצרף את הפירוט בדף נפרד.

מבוטח ראשי	מבוטח שני	משקל	מבוטח שני : גובה	משקל	מבוטח ראשי : גובה
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
לנשים: האם הינך בהריון? האם חל שינוי לא רצוני של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 21 החודשים האחרונים?					
האם היו במשפחתך (הורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסיונות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית					
מבוטח ראשי: אם כן, בא פרט גיל		מחלה או סיבת מוות		מבוטח שני: אם כן, בא פרט גיל	
מבוטח שני: אם כן, בא פרט גיל		מחלה או סיבת מוות		מבוטח ראשי: אם כן, בא פרט גיל	
האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית, מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא? האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו? מבוטח ראשי: אם כן, בא פרט: א. מהו אחוז הנכות _____ % ב. סוג הנכות שנקבעה: <input type="radio"/> נכות זמנית <input type="radio"/> נכות קבועה <input type="radio"/> טרם נקבעה נכות מבוטח שני: אם כן, בא פרט: א. מהו אחוז הנכות _____ % ב. סוג הנכות שנקבעה: <input type="radio"/> נכות זמנית <input type="radio"/> נכות קבועה <input type="radio"/> טרם נקבעה נכות					
האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי? מבוטח ראשי: כן - ציין תרופה / מינון מבוטח שני: כן - ציין תרופה / מינון					
האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? האם אושפדת בעבר? מבוטח ראשי: אם כן - ציין מתי / משך האשפוז / סיבת האשפוז / הניתוח מבוטח שני: אם כן - ציין מתי / משך האשפוז / סיבת האשפוז / הניתוח					
האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא? האם הינך צורך משקאות חריפים? מבוטח ראשי: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות מבוטח שני: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות					
האם אתה מעשן או עישנת בעבר? מבוטח ראשי: אם כן, ציין מספר סגריות ליום / משך העישון בשנים / מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) מבוטח שני: אם כן, ציין מספר סגריות ליום / משך העישון בשנים / מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר)					
האם היית או הינך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב או אושפדת, בקשר למחלות הבאות: בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני המשך.					
א. מחלות לב וכלי דם: הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיومیופתיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבוזה), יתר לחץ דם, אחר? האם הושלת בגופך קוצב לב או סטנט? ב. מחלות ממאירות וגיידול סרטני? ג. מחלות כליות, מין ודרכי השתן: אבנים, דלקות חוזרות, רפלוקס, ציסטות, דליפת שתן, אי-ספיקה, דיאליזה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה באשכים, בעיות פריון, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירי, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר?					

חתימת המבוטחים			
<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>	שם המועמד לביטוח הראשי
<input checked="" type="checkbox"/>	ת.ז.	<input checked="" type="checkbox"/>	שם המועמד לביטוח השני
<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המועמד לביטוח הראשי
<input checked="" type="checkbox"/>	ת.ז.	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המועמד לביטוח השני

הצהרת הבריאות (המשך)

לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גחזת, ציסטות, אחר?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (EMF), צינות (GOUT), מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס), דימומים, טחורים, בקע (הרניה), אחר?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ח. מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית חסימתית (COPD), שיעול ממושך, דלקת ריאה חוזרת, שחפת, גניחת דם, סיטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ריאה, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ריאה ושמיעה אחרות?
		מבוטח ראשי: אם הן מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטרויות: ימין / שמאל
		מבוטח שני: אם הן מרכיב משקפיים, בא ציין מספר דיאופטרויות: ימין / שמאל
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, מחלות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, פיברומיאליגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות, אחר?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	9. האם עברת בדיקות או היך מועמד לבדיקות (מלבד בדיקות שבשגרה), לגילוי סרטן או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T., ביופסיה, M.R.I., אולטרא סאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים?
		מבוטח ראשי: אם כן - ציין סוג הבדיקה / תאריך / אבחנה
		מבוטח שני: אם כן - ציין סוג הבדיקה / תאריך / אבחנה
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	האם הבדיקה היתה תקינה? אם צרף תוצאות הבדיקות.
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	11. האם היך חש בריא בהחלט והיית בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים?

הצהרת בריאות - להצעה לביטוח סיעודי

לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	1. האם היך מסוגל לבצע את הפעולות היומיומיות הבאות, ללא עזרה מאדם אחר: קימה מהמיטה וכניסה אליה, לבישת בגדים והתפשטות, אכילה ושתייה, נידודת, רחיצה, שימוש בתחבורה ציבורית, קניית מצרכים יומיומיים?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	2. האם קיימת אצלך בעיה של שליטה על הסוגרים?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	3. האם היך נעדר מביטוח רפואי כלשהו (כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, קטטר, חגורות רפואיות, מיכשור נשימתי)?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	4. האם הוגשה בקשה לעזרת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי או מוסד אחר?
לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>	5. האם קבלת יעוץ לדאוג לסידור סיעודי, או באמר לך שהיך צפוי להיות מקק לסיעוד תוך 12 חודש?

פרטים נוספים

שם המבוטח	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו')

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית.

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
----------	-------------------	--------------------------------	----------------	------------------	----------------	------------	-----------------	---------------------	----------------------

הצהרת המבוטח

הריני מצהיר כי תשובתי על כל השאלות הכלולות בכל דפי ההצהרה, הן מלאות וכנות ולא החסרתי או העלמתי מאומה, הנני יודע כי תשובות כוזבות או לא מלאות בידועין או לא בכוונה מקנות להפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס פנסיה וגמל בע"מ (להלן ביחד "המבטח") את הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את סכום הביטוח. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית הביטוח. הריני מצהיר בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע לצירופי וטיפול בכל העניינים אצל המבטח. הריני מסכים כי המידע ימסר לכם לצורך עיבודו ואחסונו לכל גוף ש"המבטח" ימצא לנכון, בהקשר לביטוח, בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמש לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס". הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיכול בפרטי האישיים.

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 למוסד ל"הפניקס חברה לביטוח בכ"מ" ו/או הפניקס פנסיה וגמל 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 תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזובני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע באמצעות סוכן הביטוח המטפל.

חתימת המבוטחים

<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
תאריך	שם המועמד לביטוח הראשי	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח הראשי
<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
תאריך	שם המועמד לביטוח השני	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח השני