

תאריך: _____

לכבוד
ביטוח חיים
מנורה – חברה לביטוח בע"מ

א.ג.ב.

הנדון: הצהרת בריאות

הנני להצהיר כי:

1. לא נקבע לי ע"י המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון, או גורם אחר כלשהו – שעור נכות של 35% או יותר, ולא הוגשה מטעמי בקשה אשר הדיון בה טרם הסתיים לקביעת דרגת נכות כאמור.
2. לא אושפזתי בבית חולים כתוצאה ממחלה או תאונה במשך שלוש השנים האחרונות.
3. אין לי היסטוריה של מחלות לב, לחץ דם גבוה, סכרת, או סרטן במשך חמש השנים האחרונות.
4. אני לא חולה איידס ולא ידוע לי שאני נושא נגיפי איידס.

הנני מצהיר כי עיסוקי הוא: _____ גובה: _____ משקל: _____

מחק את המיותר (אאא): "אינני מעשן/ת ולא עישנתי ב-5 שנים האחרונות"

"הנני מעשן/ת"

ויתור סודיות רפואית

א.ג.ב.

אני הח"מ נותן בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, במוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון וכן לחברות ביטוח אחרות למסור למנורה חברה לביטוח בע"מ להלן "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 ממוסדכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או למחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי וכן הנני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

שם המבוטח: _____ תעודת זהות: _____

בברכה

חתימת המבוטח/ת

משרד ראשי: רח' אלנובי 115, תל אביב, 61008
מוקד שירות לקוחות ארצי: 74-74-70-700-1
או מכל מסעיד טלפון, פקס: 05-71 07788
www.menoramivt.co.il

מנורה מבטחים
ביטוח בע"מ