

להחזיר לפקס 03-6729025 או למייל info@rozen-ins.co.il

הצהרה על מצב בריאות

על המועמד לביטוח להשיב על הצהרת הבריאות על כל פרטיה, ולסמן את התשובה "כן" או "לא" בגוף השאלון. אם התשובה חיובית ("כן") יש לציין את מספר השאלה במקום המיועד לתשובות על ממצאים חיוביים ולפרט את הממצאים, סיכומי המחלה והמצב הנוכחי.

שאלות כלליות		לא	כן
1.	האם אושפזת אי פעם בבית חולים או במוסד רפואי? (איזה, מתי, סיבה) צרף סיכומי מחלה ומידע עדכני.		
2.	האם עברת פעם ניתוח או ייעוץ לך לעבור ניתוח? (פרט).		
3.	האם נפצעת פעם? האם יש לך נכות כלשהי? (פרט)		
4.	האם עברת בדיקות שגרתיות כגון: דם, שתן, או א.ק.ג., האם הבדיקות היו תקינות? (פרט)		
5.	האם עברת בדיקות הדמיה כגון: צילומי רנטגן שונים, (חזה, דרכי עיכול, כליות, עצמות ועוד) בדיקות, מיפוי, צנתור טומוגרפיה ממוחשבת (U.S, M.R.I, C.T)? (פרט סיבה, מועד ותוצאות).		
6.	האם את/ה חולה כעת במחלה כלשהי או הידוע לך על הפרעה בריאותית כלשהי והאם קבלת או את/ה מקבלת טיפול או תרופות? (פרט, כולל מינון ומשך הטיפול).		
7.	לנשים בלבד - האם את סובלת או סבלת ממחלות נשים כגון: אי סדירות בווסת, בעיות פוריות, דימומים, גושים בשדיים, בעיות ברחם ובשחלות, ממצאים לא תקינים בבדיקה גינקולוגיות (כגון: PAP) או הפרעות גינקולוגיות אחרות, אם כן נא פרטי _____ האם את בהריון? _____ מה מספר העוברים? _____ האם סבלת מבעיות בהריונות קודמים או בהריון הנוכחי, אם כן, פרטי _____ האם ילדת בניתוח קיסרי? _____		
8.	האם סבלת או את/ה סובלת מאובדן היכולת לעבוד באופן חלקי או מלא. (פרט)		

שאלות על מחלות (האם סבלת או אתה סובל)

שאלות על מחלות (האם סבלת או אתה סובל)		לא	כן
9.	לב וכלי דם - א. מחלת לב, כאבים בחזה, קוצר נשימה, דפיקות לב, תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס), אוטם שריר הלב, הפרעות בקצב, בעיה בשסתום הלב, מחלת לב מולדת, מחלת שריר הלב או קרום הלב. ב. יתר לחץ דם. ג. כלי דם - כאבי רגלים בהליכה, קרישי דם, דליות בוורידים, הפרעות במחזור הדם, היצרות עורקים.		
10.	מערכת עצבים - סחרחורת, כאבי ראש, התעלפויות שיתוקים, התכווצויות (אפילפסיה), T.I.A, הפרעות בזיכרון, אובדן תחושה, מחלה ניוונית, אירוע מוחי, שטף דם במוח (C.V.A), רעד, הפרעות בשיווי משקל, אלצהיימר, פרקינסון, תשישות נפש, דמנציה סנילית.		
11.	הפרעות נפשיות - מחלת נפש, דיכאון, סכיזופרניה, חרדה, ניסיון אובדני.		
12.	דרכי נשימה - אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזמה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה.		
13.	דרכי העיכול וכבד - אולקוס (כיב קיבה או תריסרון), צרבת, מחלת מעיים דלקתית כרונית, דימום ממערכת העיכול, טחורים, בעיות בכי הטבעת, מחלת כבד כרונית, צהבת, אבני מרה, דלקת בלבלב, הפטיטיס (ישראלית או אחרת).		
14.	כליות ודרכי שתן - אבני כליות, דלקות בכליה, מומים בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן, ציסטות בכליה, פגיעה בתפקוד כילית, בלוטת הערמונית (פרוסטטה).		
15.	מחלות אנדוקריניות (חילוף חומרים) - סכרת, הפרעה בבלוטת המגן, יותרת הכליה, ציסטות בכליה, יותרת המוח ובלוטות אחרות, שומנים גבוהים בדם (כולסטרול, טריגליצרידים).		
16.	עור ומין - עגבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פריין.		
17.	מחלות ממאירות (סרטן) ואיידס - גידולים ממאירים, או טרום ממאירים, או איידס, כולל נשאות (פרט סוג, מועד ואופן טיפול).		
18.	פרקים ועצמות - דלקת פרקים (ארטרטיס), שיגרון (גאוט), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלות עצם.		
19.	עיניים - קטרקט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה, מס' דיופטר _____.		
20.	אף אוזן גרון - דלקת גרון או אוזניים חוזרות, סינוסיטיס, הפרעות בנשימה, תסמונת דום נשימה בשינה.		
21.	בקע (הרניה שבר) - של דופן הבטן, במפשעה, בצלקת ניתוחית, בטבור, בסרעפת.		
22.	הפרעות בריאותיות אחרות ו/או מחלות אחרות שלא פורטו לעיל.		

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

- טופס הצהרה חלק א'

פירוט ממצאים חיוניים	מס' שאלה
פירוט הממצאים	

הצהרת המועמד לביטוח

- אני החתום מטה, המועמד לביטוח, מבקש בזה להיות מבוטח לפי הצעה זו (להלן – "ההצעה")
- ידוע לי כי:
 - המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם כל תביעה הנובעת במישרין או העקיפין ממצב בריאותי לקוי, מתופעה או ממחלה שהיו קיימים אצלי לפני תאריך תחילת הביטוח או לפני תאריך מילוי ההצעה או לפני תאריך החתימה על הצהרת הבריאות – לפי המאוחר מביניהם.
 - אני מצהיר מסכים ומתחייב בזה כי:
 - כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח. במקרה של העלמת מידע או תשובה כוזבת יהיה חוזה הביטוח בטל מעיקרו.
 - התשובות המפורטות בהצעה וכן כל מידע אחר בכתב שיימסר למבטח על ידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
 - אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתו של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ללא מתן הסבר כלשהו להחלטתו.
 - הצהרת ויתור על סודיות רפואית
 - אני החתום מטה משחרר בזה כל מוסד רפואי, כל מעבדה רפואית, כל ועדה רפואית וכל עובדיהם

חתימת המועמד לביטוח

תאריך _____ שם המועמד _____ מספר דרכון _____ חתימה _____

הצהרת בעל הפוליסה (המעסיק)

לפי מיטב ידיעתי, הצהרת המועמד לביטוח הינה נכונה, לא ידוע לי על כל מום או מחלה מולדת או תורשתית או על מצב בריאותי או תופעה רפואית או מחלה הקיימת אצל המועמד לביטוח, בין אם הינה מטופלת עתה או אשר טופלה בעבר או תוצאותיה. כן לא ידוע לי על החמרה של מצב בריאותי לקוי או כל מידע אחר שאם היה מובא למבטח לא היה המבטח מקבל המועמד לביטוח על פי פוליסה זו. הצהרה זו חתומה ע"י המועמד לביטוח לאחר שתוכנה ומשמעות חתימתו הוסברו לו בשפתו.

שם _____ חתימה _____ תאריך _____

הצהרת הסוכן

אני מאשר כי שאלתי את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסר לי אישית ע"י המועמד לביטוח. אני מצהיר בזה כי הבאתי לידיעת המועמד לביטוח את ההצהרות הרשומות לעיל.

תאריך _____ שם הסוכן **אריק לוי** מספר הסוכן **73429** חתימת הסוכן _____