חברה לביטוח בע"מ
אנשים לשרות אנשים
www.ayalon-ins.co.il
בית איילון ביטוח: רח' אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 52008, ת.ד. 10951
אגף בריאות: טל. 03-7569663 פקס. 03-7569581

הצהרת בריאות לפוליסת CARE 4 U

פרטי המבוטח/ת

מס' דרכון	שם משפחה	שם פרטי

גובה	משקל	תאריך לידה	מין
			ז / נ

		לא	כן
1	האם אתה חולה כעת או היית חולה במחלה כלשהי בחמש השנים האחרונות, או ידוע לך על הרעה בריאותית או על צורך בניתוח? פרט/י אילו מחלות ומתי.		
2	האם אתה מקבל כעת או קבלת בעבר טיפול תרופתי? פרט/י אילו תרופות.		
3	האם אושפזת אי פעם בבית חולים או מוסד? פרט/י מתי ומה היתה סיבת האשפוז ומה היה הטיפול שקבלת.		
4	האם אתה שותה משקאות חריפים?		
5	האת את/ה מעשן, ציין מספר סיגריות ליום. האם את/ה שותה אלכוהול מכל סוג שהוא, ציין מהו המשקה ותיקף הצריכה. האם את/ה משתמש או השתמשת בסמים?		
6	האם עברת בדיקות מעבדה ו/או בדיקות רפואיות כלשהן בחמש השנים האחרונות? פרט סיבה, מועד ותוצאות בלתי תקינות.		
7	האם עברת תאונה או ניתוח? פרט מתי ומהות הניתוח או התאונה.		
8	האם לא עבדת מעל 3 ימים במשך השנתיים האחרונות?		
9	האם נקבעו לך אחוזי נכות?		
10	האם אתה נעזר במיכשור רפואי כלשהו?		

		לא	כן
11	האם הינך סובל/ת או סבלת ממחלות או תופעות כלשהן או מי מקרוביך מדרגה ראשונה סבל ממחלות אלו:		
א	מחלות מערכות העצבים והמוח: שיתוקים, טרשת נפוצה, התעלפויות, ארטיריטיס, גאוט, אפילפסיה, אלצהיימר, פרקינסון, הפרעות תנועה? פרט		
ב	מחלות דרכי הנשימה, אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית? פרט		
ג	מחלות לב וכלי דם מסוג כלשהו, לחץ דם גבוה? פרט		
ד	מחלות דרכי עיכול, מחלות כבד, צהבת? פרט.		
ה	מחלות כליה ודרכי השתן? פרט.		
ו	מחלות פרקים ועצמות, שברים, כאבי גב וצוואר? פרט.		
ז	מחלות חילוף חומרים ומערכת חיסונית, סכרת, מחלת בלוטות המגן, שומנים גבוהים בדם, מחלת דם וקרישה, אוסטאופורוזיס, צהבת, אנמיה? פרט.		
ח	סרטן (מחלה ממארת), מחלה ניוונית כרונית? פרט.		
ט	מחלות עור ומין: עגבת, איידס, פצע שאינו מתרפא.		
י	מחלות עינייסף מחלות אוזניים ולרבות לקוי שמיעה, מחלות גרון? פרט.		
יא	לנשים בלבד:		
	א. האם את בהריון?		
	ב. מחלות נשים הפרעות במחזור הווסת, מחלות שדיים כולל גושים בשדיים, רחם, שחלות, בדיקות לגילוי גידול סרטני, ממוגרפיה? פרט.		
	ג. מספר ילדים (כולל מנשואים קודמים)		
	ד. מספר הריונות, נא לציין האם היו בעיות במהלך ההריונות.		
	ה. מתי בוצעה בדיקה גניקולוגית אחרונה?		

פרוט ממצאים חיוביים בשאלות הבריאות: _____

הנני מצהיר בזאת שכל הפרטים שמסרתי בהצהרת הבריאות נכונים ושלמים, אם ימצא שהפרטים שמסרתי אינם נכונים או שלמים, איילון תהא פטורה ממחויבות ואחריות עפ"י חוק חוזה ביטוח.

ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים אחרים ו/או לכל חברות הביטוח ו/או לכל מוסד ו/או לכל גורם אחר למסור ל"איילון חברה לביטוח בע"מ" להלן: "המבקש" את כל הפרטים, ללא יוצא מ הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

שם המבוטח/ת: _____ מס' דרכון: _____

חתימת המבוטח/ת: _____ תאריך: _____

שם עד לחתימה: _____ מס' זהות: _____

חתימת העד: _____ תאריך: _____

הסכמה לתנאי קבלה חריגים

אני מסכים להוצאת הביטוח המבוקש:

☐ עם תוספת רפואית, בתנאי שלא תעלה על 75%.

☐ עם החרגה לחבות החברה, לפיו לא תהא אחראית לנכות הקיימת ו/או למגבלות הבריאות של המועמד לביטוח,תוצאותיהן והשלכותיהן.

חתימת המבוטח _____

הצהרת המבוטח/ת

1. אני מצהיר,מסכים ומתחייב בזה כי: (1) כל התשובות נכונות, מלאות וניתנו מרצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בחצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר למבטחת וכן התנאים המקובלים אצל המבוטחת לעניין זה, ישמשו תנאי מהותי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטחת ויהיו חלק בלתי נפרד מחוזה הביטוח. (3) הרשות בידי המבטחת להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק את החלטה. ידוע לי, שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהמבטחת תוציא אישור בכתב לקבלתו לביטוח ולאחר שדמי הביטוח הראשונים שולמו במלואם.	2. ידוע לי כי: על פי פוליסה זו, תהא החברה פטורה ממתן שירות בקשר למום, מחלה מלידה לרבות מצב בריאותי ו/או תופעה רפואית ו/או מחלה, בין אם מטופלת ובין אם לא, ו/או תוצאותיהם, בין במישרין ובין בעקיפין, שנגרמו ו/או הוחרמו עקב מצב בריאות, שהיה קיים לפני מועד תחילת הביטוח והכול בכפוף לאמור בצו עובדים זרים. 3. הנני מצהיר בזאת כי אף חברה לביטוח לא דחתה את הצעתי לביטוח בריאות.

הצהרת בעל הפוליסה

ככל הידוע לי המוצהר על ידי המבוטח/ת נכון, ולא ידוע לי על כל מום, מחלה מלידה לרבות מחלות תורשתיות ו/או מצב בריאותי ו/או תופעה רפואית ו/או מחלה, בין אם מטופלת ובין אם לא, ו/או תוצאותיהם, בין במישרין ובין בעקיפין שנגרמו ו/או הוחמרו עקב מצב בריאות, שהיה קיים לפני מועד תחילת הביטוח ו/או כל מידע אחר. אשר אילו הובא לידיעת המבטחת, לא היתה המבטחת מתקשרת על פי פוליסה זו ומבטחת את המבוטח/ת.

- הצהרת זו נחתמה על ידי המבוטח/ת לאחר שהוסבר לו תוכנה בשפת המובנת לו.

חתימת המעסיק: שם המעסיק _____ חותמת וחתימת המעסיק _____ תאריך החתימה _____

חתימת המבוטח/ת: שם המבוטח/ת _____ חתימת המבוטח/ת _____ תאריך החתימה _____