

מס' פוליסה



א.רוזן סוכנות לביטוח
להחזיר לפקס 03-6729025

הצהרת בריאות לביטוח רפואי – זרים בישראל

ובכפוף להצעה לביטוח הרצ"ב, המהווה חלק בלתי נפרד מהצהרת הבריאות

פרטי המועמד לביטוח

מס' דרכון	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
				ז / נ

מטעמי נוחות בלבד, נוסחו השאלות הבאות בלשון זכר והן מתייחסות לשני המינים. יש לסמן x בעמודה המתאימה. בכל מקרה של תשובה "כן" נא לפרט במקום המיועד לכך.

שאלות כלליות	לא	כן
א. האם אתה חולה כעת או היית חולה במחלה כלשהי בחמש השנים האחרונות? פרט אילו מחלות ומתי		
ב. האם אתה מקבל כעת או קיבלת בעבר טיפול תרופתי? פרט אילו תרופות		
ג. האם אושפזת אי פעם בבי"ח או מוסד רפואי אחר? פרט מתי, סיבת האשפוז והטיפול שקבלת?		
ד. האם אתה שותה משקאות חריפים?		
ה. האם אתה משתמש או השתמשת בסמים?		
ו. האם עברת בדיקות מעבדה ו/או בדיקות רפואיות כלשהן בחמש השנים האחרונות? פרט סיבה, מועד ותוצאות (בכלל זה, תוצאות החורגות מהנורמה)		
ז. האם עברת תאונה או ניתוח? פרט מתי ומהות הניתוח או התאונה		
ח. האם אתה סובל ממחלה/ות כרונית כלשהי, פעילה או רדומה? פרט		
ט. האם אובחנת כסובל ממחלה אוטואימונית כלשהי (בכלל זה, זאבת)? פרט		
י. האם אתה מועמד לטיפול רפואי כלשהו, הכולל בין היתר ניתוח או אשפוז? פרט		
יא. האם אתה סובל או סבלת ממחלה זיהומית כלשהי? פרט		
יב. האם בשישה חודשים האחרונים חלה ירידה במשקלך ב- 6 ק"ג או יותר? פרט		
יג. האם הינך סובל מתשישות או עייפות כרונית? פרט		
יד. האם ידוע לך על הפרעה בריאותית כלשהי (לרבות מום מולד) שאינה מזכרת בהצהרה זו? פרט		

האם הינך סובל/ת או סבל/ת ממחלות או תופעות כלשהן:	לא	כן
1. מחלות מערכת העצבים והמוח, שיתוקים, התעלפויות, אפילפסיה, הפרעות תנועה, הפרעות נפשיות? פרט		
2. מחלות דרכי הנשימה, אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, גניחת דם, COPD, חזה אוויר? פרט		
3. מחלות לב וכלי דם מסוג כלשהו, לחץ דם גבוה? פרט		
4. מחלות דרכי עיכול, מחלות כבד, כיס מרה, הרניה, טחורים? פרט		
5. מחלות כליה, דרכי השתן ודיאליזה? פרט		
6. מחלות פרקים ועצמות, כאבי גב וצוואר? פרט		
7. מחלות חילוף חומרים, סכרת, מחלת בלוטות המגן, שומנים גבוהים בדם, מחלת דם וקרישה, אנמיה? פרט		
8. סרטן (מחלה ממארת), מחלה ניוונית כרונית? פרט		
9. מחלות עור ומיין: עגבת, איידס, פצע שאינו מתרפא, הרפס לכל סוגיו, גידולי עור לסוגיהם? פרט		
10. מחלות עיניים, מחלות אוזניים לרבות לקוי שמיעה, מחלות גרון, מחלות אף, ניתוחים פלסטיים? פרט		
11. האם נמצאת נשא של נוגדנים ו/או חולה בווירוס HIV או צהבת? פרט		
12. לנשים בלבד א. האם את בהריון כעת? ב. מחלות נשים: הפרעות במחזור הווסת, ציסטות, דימום, מחלות שדיים כולל גושים בשדיים, רחם, שחלות, בדיקות לגילוי גידול סרטני, ממוגרפיה? פרט		

פרוט ממצאים חייבים בשאלות הבריאות:

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

יתור 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 וגורם אחר למסור ל"הראל" חברה לביטוח בע"מ להלן "המבקש" את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי המבקש על מצב בריאותי ו/או על 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 עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

הצהרת המועמד לביטוח

1. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

- כל התשובות נכונות, מלאות וניתנו מרצוני החופשי.
 - התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר למבטח וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה, יישמשו תנאי מהותי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
 - הרשות בידי המבטח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שיהיה חייב להצדיק את החלטתו. ידוע לי שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהמבטח יוציא אישור בכתב על קבלת המבטח לביטוח ולאחר שדמי הביטוח הראשונים שולמו במלואם.
2. התשובות ו/או המידע שיימסר למבטח יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי ביטוח בלבד.
3. ידוע לי כי:
- על פי פוליסה זו, תהא החברה פטורה ממתן שירות בקשר למום, 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 והכל בכפוף לתנאי הביטוח כמפורט בתוכנית שנבחרה בטופס ההצעה לביטוח.
4. הנני מצהיר בזאת כי אף חברה לביטוח לא דחתה את הצעתי לביטוח בריאות.

נא למלא עבור פוליסות מסוג + SAFE STAY / SAFE STAY

הצהרת בעל הפוליסה: ככל הידוע לי, המוצהר על ידי המועמד לביטוח נכון, ולא ידוע לו 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 המבטח, לא היה המבטח מתקשר על פי פוליסה זו ומבטח את המבוטח.

שם	תאריך	חתימה וחותמת המעסיק

* טופס הצעה זה נחתם על ידי המועמד לביטוח לאחר שהוסבר לו תוכנו בשפה המובנת לו.

תאריך	חתימת המועמד לביטוח	חתימת העד