

הצהרת בריאות

ביטוח רפואי לילד/ה – פוליסת Medical Insurance

טופס הצטרפות והצהרת בריאות

הנני מבקש לבטח את בני/ בתי במסגרת פוליסת Medical Insurance

שם ההורה בעל הפוליסה: _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר דרכון _____

שם הילד: _____ מספר דרכון _____ ת. לידה: _____

הצהרת הורה הילד:

1. הנני מאשר כי קראתי את ההסבר על הפוליסה, והבנתי את מהות הכיסוי.
2. אני מצהיר כי ידוע לי שלא יכוסו תביעות הנובעות ממצב רפואי לקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף.

3. ידוע לי כי לא יכוסו שירותים רפואיים בגין ניתוחים קוסמטיים, פעולות איבה, אלכוהול, סמים, ניסיון התאבדות, הפרעות נפשיות, תאונת דרכים, איידס, החמרה של מצב רפואי קיים, מחלות כרוניות וממאירות, בדיקות תקופתיות, הריון, מחלות מין, שירותי אופטומטריה, רפואה אלטרנטיבית, טיפולי שיניים למעט עזרה ראשונה, טיפולים רפואיים מחוץ למדינת ישראל, תאונות עבודה. סעיף זה נלווה לסעיף 3 בפוליסת הביטוח אשר בה מפורטים יתר הסייגים.

אנו הורי הילד/ה הנ"ל, מצהירים בזה כי הילד/ה הנ"ל בריא/ה, לא ידוע לנו על בעיה בריאותית כלשהי לא סבל/ה ואיננו/ סובלת/ת מאף אחת מהמחלות הבאות :-

- | | |
|--|---|
| א. מחלת כלי דם כלשהי, מום בלב, איושה, יתר לחץ דם | ט. הפרעות ראייה, שמיעה. |
| ב. מחלת כליות כלשהי. | י. בעיות התפתחות, לקויי למידה. |
| ג. מחלת הסרטן. | יא. גב ועמוד שדרה, פרקים ועצמות. |
| ד. מחלת כבד ודרכי מרה, הפרעות במערכת העיכול, סכרת. | יב. אינו מקבל טיפול תרופתי באופן קבוע ואינו נמצא במעקב רפואי. |
| ה. נכות או מום כלשהו. | יג. לא אושפז בבית חולים או במוסד כלשהו. |
| ו. מחלה כרונית | יד. לא עבר ניתוח ולא ידוע על הצורך בניתוח. |
| ז. מחלות עצבים, נפש, אפילפסיה | |
| ח. ריאות ודרכי נשימה. | |

במידה והתשובה חיובית לאחד או יותר מהסעיפים המפורטים לעיל נא פרט:

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 _____

ויתור על סודיות רפואית

הנני מוותר/ת בשמי ובשם ילדי, כאפוטרופוס/ית טבעית/ שלהם, על הסודיות רפואית ומיפה את כוחה של איילון חברה לביטוח בע"מ לקבל בשמי או בשם יחדי מידע מכל רופא ומכל מוסד רפואי אחר בנושאים הקשורים למצב בריאותנו בעבר בהווה ובעתיד. הנני משחרר/ת את הרופאים והמוסדות הרפואיים מחובת השמירה על הסודיות הרפואית ולא יהיה לי כל טענות בקשר למסירת המידע בנושאים אלו.

תאריך _____ שם ההורה _____ חתימת ההורה _____