

## הצהרת בריאות לפוליסת CARE 4 U / מדיקל אינשורנס

פרטי המועמד/ת לביטוח				שם משפחה	שם פרטי	מס' דרכון	מין	תאריך לידה	גובה	משקל
							ז / נ	/ /		

מטעמי נוחות 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	כן	לא
1. האם אתה חולה כעת או היית חולה במחלה כלשהי בחמש השנים האחרונות, או ידוע לך על הרעה בריאותית או על צורך בנייתוח? פרטי/איילון מחלות זמתי?		
2. האם אתה מקבל כעת או קבלת בעבר טיפול תרופתי? פרטי/איילון תרופות.		
3. האם אושפזת אי פעם בבית חולים או מוסד? פרטי/מתי ומה היה סיבת האשפוז ומה היה הטיפול שקבלת?		
4. האם אתה שותה משקאות חריפים? ציין מהו המשקה והיקף הצריכה?		
5. האם אתה מעשן? ציין מספר סיגריות ליום. האם אתה משתמש או השתמשת בסמים?		
6. האם בעלת בדיקות מעבדה לרבות דם, שתן ו/או בדיקות רפואיות כלשהן לרבות א.ק.ג. צילומי רנטגן שונים (חזה, דרכי עיכול, כליות, עצמות, עמוד שדרה ועוד...), מפיפי, טומוגרפיה ממוחשבת (סי.טי, MRI, פרט סיבה מועד ותוצאות.		
7. האם עברת תאונה או ניתוח? פרט מתי ומהות הניתוח או התאונה.		
8. האם סבלת או אתה סובלת מאובדן היכולת לעבוד באופן חלקי או מלא? פרטי/		
9. האם נקבעו לך אחוזי נכות?		
10. האם אתה נעזר במכשור רפואי כלשהו?		
11. האם בשישה חודשים האחרונים חלה ירידה כלשהי במשקלך? פרטי/		
12. האם אתה/ת סובל/ת או סבלת ממחלה זיהומית כלשהי?		
13. האם ידוע לך על הפרעה בריאותית כלשהי (לרבות מום מולד) שאינה נזכרת בהצהרה זו פרטי/		
14. האם אובחנת כסובלת/ת ממחלה אוטואימונית כלשהי (לרבות זאבת)? פרטי/		
15. האם אתה/ת סובלת/ת ממחלות כרונית כלשהי, פעילה או רדומה? פרטי/		
16. האם אתה/ת מועמד/ת לטיפול רפואי כלשהו, בין היתר ניתוח או אשפוז? פרטי/		
17. האם נמצאת נשא של נוגדנים ו/או חולה בירוס HIV או צהבת? פרטי/		
18. מחלות נשים בלבד:		
א. האם את בהריון? (אם כן, פרטי) מה מס' העוברים?		
ב. האם את סובלת או סבלת ממחלות נשים לרבות: אי סדרות בווסת, בעיות פוריות, דימומים, גושים בשדיים, רחם, שחלות, ממצאים לא תקינים בבדיקה גינקולוגית (כגון PAP) או הפרעות גינקולוגיות אחרות? אם כן פרטי,		
ג. האם ידוע לך על מחלות שדיים כולל גושים בשדיים?		
ד. מס' הרינונת קודמים?		
ה. האם סבלת מבעיות בהריונות קודמים או בהריון הנוכחי? אם כן פרטי.		
ו. האם ילדת בניתוח קיסרי?		
ז. מספר ילדים (כולל מנשואים קודמים)?		
ח. מתי בוצעה בדיקה גינקולוגית אחרונה?		

האם הינך סובלת/ת או סבלת/ת ממחלות או תופעות כלשהן:	כן	לא
1. מערכת עצבים-סחרחורת, כאבי ראש, התעלפויות, שיתוקים, התכווצויות (אפילפסיה), הפרעות בזיכרון, אובדן תחושה, מחלה ניוונית, שטף דם במוח, C.V.A, הפרעות כשיווי משקל, אלצהיימר פרקינסון, תשישות נפש, דמנציה, טרשת נפוצה, מחלות נפש.		
2. דרכי הנשימה-אסטמה, שחפת, דלקת ריאות, ברוכניטיס, אמפיזמה, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה, חזה אוויר. פרטי/:		
3. מחלות לב וכלי דם מסוג כלשהו לרבות: הפרעות בקצב הלב, בעיה בשסתומי הלב, מחלת לב.		
4. יתר לחץ דם: לרבות כאבים ברגליים בזמן הליכה, פקקת ורידים, דליות ורידים, הפרעות במחזור הדם, היצרות עורקים. פרטי/:		
5. מערכת העיכול - מחלה פספית (כיב קיבה או תריסרון), צרבות, מחלה דלקתית של המעיין, דימומים ממערכת העיכול, טחורים, בעיות כפי הטבעת, בעיות בכבד או מחלות כבד, צהבת, אבני מרה, דלקת בלבלב. פרטי/:		
6. נקעים, לרבות בקע מפשעתי, סרעפתי, בקע בזרוע הבטן, טבורי, צלקת ניתוחית, בקע פמורלי, וריקוצלה, פרטי/:		
7. מחלות כליה ודרכי השתן-זיהומים או דלקות בדרכי שתן לרבות: אבנים בכליות או בדרכי השתן, דם/חלבון/סוכר בשתן, ציסטות בכליות, בעיות בערמונית. פרטי/:		
8. מפרקים ועצמות לרבות דלקת מפרקים (ארטריטיס), גאוס, כאבי גב או צוואר או עמוד שדרה. פריצת דיסק, כתף, ברך, קרסול, מפרקים אחרים, מחלות עצם, פרטי/:		
9. מחלות חילוף חומרים ומערכת חיסונית לרבות סכרת, הפרעה בכלוסת המגן, הפרעה ביתרת הכלייה, הפרעה ביתרת המוח או בכלוסות אחרות, שומנים גבוהים בדם, מחלת דם וקרישה, אנימיה, פרטי/:		
10. מחלה ממארת (סרטן), לרבות גידולים ממאירים או טרום ממאירים, או מחלה טרום ממארת, איידס, כולל נשאות (פרטי/סוג, מועד ואופן טיפול).		
11. מחלות עור ומין: הרפס, עגבת, גידולי עור, יבלות, איידס, בעיות כאברי מין, פרטי/:		
12. מחלות עיניים לרבות ירוד (קטרקט), פזילה, עיוורון, בעיות קרנית, בעיות רשתית, הפרעות בראיה, האם אתה מרכיב משקפיים, אסטיגמציה, גלאוקומה, פרטי/:		
13. מחלות גרון לרבות דלקות גרון או אוזניים חוזרות, דלקות במערות האף (סינוסיטיס), בעיות שמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה, נחירות. פרטי/:		

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 זהה ביטוח.

**יתור על סודיות רפואית**  
אני החתום/ת, נותן/ת רשות לקופת חולים ו/או למוסדות 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 שאחילה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיצובי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

**הצהרת המועמד/ת לביטוח**  
1. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בה כ: (1) כל התשובות נכונות, מלאות וניתנו מרצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר למבטחת וכן התנאים המקובלים אצל המבטחת לעניין זה, ישמשו תנאי מחוץ 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 הראשוניים 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 במישורין ובין בעקיפין, שנגרמו ו/או הוחמרו עקב מצב בריאות, שהיה קיים לפני מועד תחילת הביטוח והכול בכפוף לאמור בצו עוברים זרים לעניין כיסוי במסגרת פוליסת CARE 4U.  
3. הנני מצהיר/ת בזאת כי אף חברה לביטוח לא דחתה את הצעת הביטוח לביטוח בריאות.

**הסכמה לתנאי קבלה חריגים**  
אני מסכים/ת להוצאת הביטוח המבוקש:  
○ עם תוספת רפואית, בתנאי שלא תעלה על 75%.  
○ עם החרגה לחבות החברה, לפיו לא תהא אחריות לנכות הקיימת ו/או למגבלות הבריאות של המועמד לביטוח, תוצאותיהן והשלכותיהן.

**הצהרת בעל הפוליסה**  
ככל הידוע לי המוצהר על ידי המבטחת 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 במישורין 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 היה המבטחת מתקשרת על פי פוליסה זו ומבטחת את המבוטח/ת.  
**הצהרה זו נחתמה על ידי המבוטח/ת לאחר, שהוסבר לו תוכנה בשפה המובנת לו.**

שם המעסיק/בעל הפוליסה	תאריך החתימה	חתימת המעסיק/בעל הפוליסה
שם המועמד/ת לביטוח	תאריך החתימה	חתימת המועמד/ת לביטוח