

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו
מס' הצעה	□□□□□□□□

# הצהרת המועמדים לביטוח על מצבם הבריאותי



טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

## 1. פרטי המועמדים לביטוח

שם המשפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
מועמד ראשון			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
מועמד שני			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
ילדים 1			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
2			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
3			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
4			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			

מועמד ראשון	מועמד שני
שם הרופא המטפל	שם הרופא המטפל
קופת חולים	קופת חולים
האם יש לך תחביב מסוכן, לרבות ספורט אתגרי, כהגדרתם באתר האינטרנט	האם יש לך תחביב מסוכן, לרבות ספורט אתגרי, כהגדרתם באתר האינטרנט
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> פרט	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> פרט

מועמד 1		מועמד 2		2. שאלון מבוא כללי והרחבת שאלון עישון							
כן	לא	כן	לא	ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
				1. האם הנך מעשן בין 21 – 40 סיגריות ליום?							
				2. האם הנך מעשן מעל 40 סיגריות ביום?							
				3. האם הינך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום?							
				4. האם צורך / צרכת סמים כעת או בעבר?							
				5. ילדים בלבד (עד גיל 3) – האם נולד פג? (אם כן להמציא דו"ח אבחנות וטיפולים עדכני מרופא מטפל)							
				6. האם, ככל שידוע לך, קיימת מחלה ו/או הפרעה אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה, הקשורים ללב, סרטן, כלי דם, כליות, סוכרת, מערכת העצבים, הפרעה תורשתית, אם כן נא פרט בשאלון.							
				3. האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחת או יותר מהמחלות/הפרעות/מומים כלהלן? על כל תשובה חיובית יש למלא, גם, את השאלון המתאים.							
				1 במערכת העצבים והמוח - לרבות אפילפסיה, כאבי ראש חריפים, מיגרנה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורת, התעלפויות, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיגור, אוטיזם, הפרעות קשב וריכוז, הפרעה ו/או עיכוב התפתחותי							
				2 בנפש - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח (ציקלומיה) סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית (PTSD)							
				3 בדרכי הנשימה, ריאות - לרבות אסטמה, מחלת ריאות חסימתית (COPD), דלקות ריאה ו/או ברונכיטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.							
				4 בעור - פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור							
				5 בלחץ דם מערכת הלב וכלי הדם - לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב ו/או הולכה, איושה, הפרעה במסתמים, מום, צינתור, טרומבוזת, מערכת העיכול - ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית (PVD).							
				6 במערכת העיכול - לרבות החזר ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס.							
				7 בקע/הרניה - לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או בצלקת ניתוחית							
				8 בכבד, במרה, בבלב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בכיס ו/או דרכי מרה, דלקת בלב (פנקריאטיטיס).							
				9 בכליות בדרכי השתן וערמונית - לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, אי ספיקה, כליה פוליציסטית, ערמונית מוגדלת.							
				10 מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון (גאוט), FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה / פרולקטינימה, הפרעות גדילה, הזעזע יתר							
				11 בדם, בטחול, במערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון							
				12 מחלות זיהומיות, מחלות מין - לרבות איידס (גם נשאות), שחפת							
				13 מחלות ממארות, גידולים ממארים - לרבות גידול סרטני ו/או טרום סרטני.							
				14 במערכת השלד והשרירים - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים / רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן (אוסטאופורוזיס / אוסטאופניה), פרטס.							
				15 במערכת הראיה - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מס' 7, אובאיטיס, קרטוקונוס							
				16 באף, אוזן, גרון - פגיעה בשמיעה, מנייה, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול, אילמות							
				17 במערכת המין והרבייה - לרבות גוש בשד, דימומים בלא קשר למחזור, כעת בהריון, רחם שריני, צניחת רחם ו/או נרתיקי, בעיות פרייון (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיה, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.							
				18 מחלות ראומטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית (אוסטוארטרוזיס), דלקת מפרקים שיגרונית (ראומטיד ארטריטיס), לופוס (זאבת), פיברומיאליגיה.							

מק"ט 16019 | 01/2017 | Hatsharat\_Briut | 60226\_1123



4. שאלות נוספות								מועמד 1		מועמד 2		
אות השאלון ↓								כן	לא	כן	לא	
ילד 4	לא	כן	ילד 3	לא	כן	ילד 2	לא	כן	לא	ילד 1	לא	כן

חתימות המועמדים על סעיפים 1-4 הכוללים את הצהרת הבריאות

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד הראשון לביטוח \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשון לביטוח X

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד השני לביטוח \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני לביטוח X

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X

6. הצהרת המועמד לביטוח על ויתור על סודיות רפואית

לכבוד: המוסד לביטוח לאומי  
קופות חולים, בתי חולים מרפאות, רופאים  
ולכל מאן דבעי

אני הח"מ \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_

אני הח"מ \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_

א. הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח כלל חברה לביטוח בע"מ ו/או הנני מבטח שלה ו/או ביקשתי להיות מבטח על-ידיה, הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי. אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה ו/או עובד ו/או ב"כ ו/או חוקר ו/או רופא ו/או מומחה אחר של חברת הביטוח ו/או מי מטעמה, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור. בחתימתי להלן, אני מאשר שאני מודע לכך, שאתם רשאים למסור את המידע כאמור על יסוד טופס זה.

ב. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

ג. בקשתי זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות חולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים הנ"ל.

2. הצהרת המועמדים לביטוח

אני מצהיר ומסכים ומתחייב בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה על-ידי הן כנות ומלאות ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח. ידוע לי כי במקרה של העלמת מידע או תשובה כוזבת יהיה חוזה הביטוח בטל מעיקרו בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח.

התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרה וכן כל מידע אחר שיימסר בכתב למבטח על-ידי ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעם המבטח לדחיית קבלת ההצעה.

ולראיה באתי/נו על החתום:

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד הראשון לביטוח \_\_\_\_\_

מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה X

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד השני לביטוח \_\_\_\_\_

מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה XX

הצהרת הסוכן

בחתימתי זו אני מאשר כי \_\_\_\_\_, ת.ז. \_\_\_\_\_, המוכר לי אישית/ אשר זוהה על ידי על פי תעודה מזהה, חתם על ויתור סודיות רפואי זה בפני.

תאריך \_\_\_\_\_ שם הסוכן \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הסוכן X

