

א פרטי המועמדים לביטוח

מבטוח ראשי/ המצהיר	ס"ב מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
בן/בת זוג					זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
ילדים 1					זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
2					זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
3					זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>



ב הצהרת בריאות

חלק א - שאלות כלליות:

1. גובה בס"מ _____
2. משקל בק"ג _____

3. מעשן/עישנת, כמה זמן? _____ שנים. אם הפסקת, רשום מתי? _____
4. משתמש או השתמשת בסמים? האם שותה משקאות אלכוהוליים (יותר מ-2 כוסות ביום) _____
5. האם נמצא במהלך ברור תופעה או מחלה? _____

חלק ב - האם אתה סובל/סבלת בעבר או קיימת אבחנה ל:

1. מחלות או תופעות של מערכת העצבים אירוע מוחי* אפילפסיה [22] טרשת נפוצה איידס ניוון שרירים סיסטיק פיברוזיס תסמונת דאון זאבת גושה

2. מחלה או מגבלה הקשורה בעיניים (יש לציין משקפיים **רק כאשר העדשה/ות הן יותר ממספר 7**) [1] _____
3. בעיות הקשורות ב-: אף אוזן גרון [2] _____
4. מחלת לב [4] יתר לחץ דם [5] מחלת כלי דם [7] מחלת דם* _____
5. מחלה או הפרעה בריאות ובדרכי הנשימה [3] _____
6. מחלה או הפרעה ב-: מערכת העיכול [9] כיס המרה [9] _____
7. סוכרת [12] שומנים גבוהים/כולסטרול [6] מחלת כבד [10] מחלת צהבת [10] _____
8. מחלה או הפרעה בכליות [13] בדרכי השתן [13] בערמונית (פרוסטטה) [14] _____
9. טחורים פיסורה האם עברת ניתוח? לא כן, בתאריך _____ האם הבעיה נפתרה? לא כן בקע: בסרעפת בטבור במפשעה בצד: ימין שמאל בשני הצדדים, האם עברת ניתוח? לא כן, בתאריך _____ האם הבעיה נפתרה? לא כן

10. מחלה, מגבלה או שבר הקשור ב-: מפרקים [18][19] עמוד השדרה [21] ברכיים [20] ירידה בצפיפות העצם [17] פיברומיאלגיה* _____

11. גידולי עור [16] דלקות עור / מחלות עור* פסוריאזיס שיניים בנקודות חן _____
12. מחלות ממאירות* גידולים אחרים* _____
13. בעיות פריון מחלה תורשתית* מחלה ו/או תופעה כרונית* FMF בלוטת המגן [11] מיגרנה גאוס מחלת נפש [25] פיגור שכלי שיתוק מוחי אוטיזם פוליו _____

14. האם עברת ניתוח או יעצו לך על ניתוח **שלא קשור לאחת המחלות המופיעות בהצהרת הבריאות?** האם אושפזת (לרבות אשפוז יום) [23] האם עברת תאונה [24] _____
15. האם נמצא בטיפול רפואי כלשהו, כולל תרופתי או השגחתי **שלא קשור לאחת מן השאלות המופיעות בהצהרת הבריאות?** _____
16. **לנשים (מגיל 14 בלבד):** סבלת ו/או סובלת ממחלה הקשורה בכל תופעה גינקולוגית (לרבות שדיים) [15] את בהריון עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן, מתי? _____

17. **ילידים (עד גיל 18):** הפרעה/עוכב התפתחותי הפרעות גדילה הפרעות קשב וריכוז מומים מולדים אשך טמיר נולדה פג - לילדים עד גיל 3 נא צרף מכתב עדכני מרופא ילדים.

חלק ג - לביטוח סיעודי יש לענות גם על השאלות הבאות:

1. האם קיימת אבחנה ו/או סבלת ממחלות: גריאטריות ניווניות רעד פרקינסון ירידה בזיכרון ו/או פגיעה קוגניטיבית דמנציה (אלצהיימר). נא צרף מכתב עדכני מרופא נירולוג מטפל _____
2. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מן הפעולות הבאות: לקום לשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחק, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידודת/הליכה _____

חלק ד - לביטוח מחלות קשות יש לענות גם על השאלה הבאה:

1. האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחות/בן/בת) היו או יש מחלות לב, סרטן, סוכרת, מחלות נפש [27] _____

* נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת עם פרט מועד התחלת הבעיה, אבחנה מדויקת, תוצאות בדיקות שביצעו בנושא, אופן הטיפול ומצב עדכני

אני/מוסכים/ים מראש להחגרה של המחלה/הבעיה:
לא ינוסה כל מקרה ביטוח הקשור ב:

ניתוח קיסרי או בבקע בבלקת הניתוח
 בבקע המוצהר

ב.טחורים/בפיסורה אנלית
 אחר

שם המצהיר / חתימת המצהיר
שם המצהיר / חתימת המצהיר

אני/מוסכים/ים מראש לתוספת עד % _____

ג הצהרות המועמדים לביטוח

אני/אנו מצהיר/ים ומתחייב/ים בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנות מרצוני/נו החופשי, וכי התשובות בהצהרת הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח ביני/נו לבין החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו. הרשות ביד החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה. הצהרה זו תחול גם על הילדים הרשומים לעיל ואני/נו חותמ/ים על ההצהרה בשמם כאפוטרופוס. **ויתור על סודיות רפואית -** אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, לממ"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר למסור להראל חברה לביטוח בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובוצורה שתודרך 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, את עובדי ובאי כוחי החוקים וכל מי שיובא במקומי.

מבטוח ראשי/המצהיר	מבטוח ראשי/המצהיר	בן/בת זוג
תאריך	תאריך	תאריך
שם	שם	שם
מספר זהות	מספר זהות	מספר זהות
חתימה	חתימה	חתימה