

הצהרת בריאות מלאה

פרטי הסוכן	שם הסוכן	מס' הסוכן	שם המפקח	מס' המפקח	מס' ההצעה
------------	----------	-----------	----------	-----------	-----------

פרטי המבוטח הראשי			פרטי המבוטח השני		
שם משפחה			שם משפחה		
שם פרטי			שם פרטי		
ת.ז.			ת.ז.		
תאריך לידה			תאריך לידה		
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>			זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>		
רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/>			רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> גרוש <input type="radio"/> אלמן <input type="radio"/>		
מין			מין		
מצב משפחתי			מצב משפחתי		
קופת חולים			קופת חולים		
הרופא המטפל			הרופא המטפל		
מקצוע			מקצוע		
עיסוק/תחביב			עיסוק/תחביב		

הצהרת בריאות באם יש ברשותך מידע או פירוט נוסף מעבר לשאלון שלהלן (לרבות שאלוני המשך) הנך נדרש לצרף את הפירוט בדף נפרד.

הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן

מבוטח ראשי: גובה _____ משקל _____ מבוטח שני: גובה _____ משקל _____

1. **לנשים:** האם הינך בהריון?
האם חל שינוי **לא רצוני** של יותר מ- 10% במשקלך במהלך 20 החודשים האחרונים?
2. האם היו במשפחתך (הורים, ילדים, אחים): יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות או נסיגות התאבדות, מקרה מוות בגיל נמוך מ- 65 עקב בעיה רפואית
מבוטח ראשי: אם כן, בא פרט גיל _____ קירבה _____ מחלה או סיבת מוות _____
מבוטח שני: אם כן, בא פרט גיל _____ קירבה _____ מחלה או סיבת מוות _____

3. האם יש או הייתה לך נכות קבועה או זמנית, מום מולד, פציעה או מוגבלות גופנית כל שהיא?
האם הגשת בקשה / קבלת / הנך מקבל גמלא או קיצבת נכות ממוסד כלשהו?
מבוטח ראשי: אם כן, בא פרט: א. מהו אחוז הנכות _____ %
ב. סוג הנכות שנקבעה: ☐ נכות זמנית ☐ נכות קבועה ☐ טרם נקבעה נכות
מבוטח שני: אם כן, בא פרט: א. מהו אחוז הנכות _____ %
ב. סוג הנכות שנקבעה: ☐ נכות זמנית ☐ נכות קבועה ☐ טרם נקבעה נכות

4. האם נטלת בעבר או הינך נוטל תרופות או מקבל טיפול רפואי?
מבוטח ראשי: כן - ציין תרופה _____ מינון _____ תרופה _____ מינון _____
מבוטח שני: כן - ציין תרופה _____ מינון _____ תרופה _____ מינון _____

5. האם עברת ניתוח בעבר, או הינך מועמד לניתוח, או יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד?
מבוטח ראשי: אם כן - ציין מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז / הניתוח _____
מבוטח שני: אם כן - ציין מתי _____ משך האשפוז _____ סיבת האשפוז / הניתוח _____

6. האם הינך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא?
האם הינך צורך משקאות חריפים?
מבוטח ראשי: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות _____
מבוטח שני: אם כן, ציין כמות ליום/שבוע _____ כוסיות _____

7. האם אתה מעשן או עישנת בעבר?
מבוטח ראשי: אם כן, ציין מספר סגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____
מבוטח שני: אם כן, ציין מספר סגריות ליום _____ משך העישון בשנים _____ מועד הפסקת העישון (אם עישנת בעבר) _____

8. האם היית או הינך חולה, או היו לך סימנים או הפרעות, או היית בטיפול, בהשגחה או במעקב או אושפדת, בקשר למחלות הבאות:
בעת מתן תשובה חיובית, יש למלא את שאלוני המשך.
א. **מחלות לב וכלי דם:** הפרעות קצב הלב, מומי לב, כאבים או לחץ בחזה, התקף לב, הפרעות בזרימת הדם בגפיים, קרדיومیופתיה, אי ספיקת לב, תסחיף (טרומבоза), יתר לחץ דם, אחר?
האם הושטל בגופך קוצב לב או סטנט?
ב. **מחלות ממאירות וגידול סרטני?**
ג. **מחלות כליות, מין ודרכי השתן:** אבנים, דלקות חוזרות, רפלוקס, ציסטות, דליפת שתן, אי-ספיקה, דיאליזה, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת, בעיה באשכים, בעיות פריין, בעיות גניקולוגיות (רחם שרירי, מיומה ברחם, הפלות ספונטניות), עגבת, חולה איידס, נשא איידס, אחר?

חתימת המבוטחים

תאריך	שם המועמד לביטוח הראשי	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח הראשי
תאריך	שם המועמד לביטוח השני	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח השני

הצהרת הבריאות (המשך)

ד. מחלות עור: פסוריאזיס, אלרגיות, נגע עור שאינו מתרפא, גזת, ציסטות, אחר?

ה. מחלות חילוף חומרים: סוכרת, סוכרת נעורים, סיבוכי סוכרת, שומנים בדם, בלוטות, קדחת ים תיכונית (EMF), צינות (GOUT), מחלות מטבוליות/הורמונליות אחרות

ו. מחלות דרכי העיכול: מחלות מעיים, כיבים (אולקוס), דימומים, טחורים, בקע (הרניה), אחר?

ז. מחלות כבד, צהבת, כיס-מרה, לבלב, אחר?

ח. מחלות דרכי הנשימה / ריאה / אלרגיות: אסטמה, אמפיזמה, מחלת ריאה כרונית חסימתית (COPD), שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, שחפת, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, דום נשימתי, אלרגיות, מחלות דרכי נשימה אחרות

ט. מחלות מערכת החושים: עיוורון (חלקי/מלא), כבדות ראייה, משקפיים, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ירידה בשמיעה, חירשות, בעיות שיווי משקל, מחלות ראייה ושמיעה אחרות?

מבוטח ראשי: אם הנך מרכיב משקפיים, הא ציין מספר דיאפטרויות: ימין

מבוטח שני: אם הנך מרכיב משקפיים, הא ציין מספר דיאפטרויות: ימין

שמאל

שמאל

י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר?

יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, מחלות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, פיברומיאלגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר?

יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורות, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות, אחר?

9. האם עברת בדיקות או היך מועמד לבדיקות (מלבד בדיקות שבשגרה), לגילוי סרטן או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T., ביופסיה, M.R.I., אולטרא סאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים?

מבוטח ראשי: אם כן - ציין סוג הבדיקה

מבוטח שני: אם כן - ציין סוג הבדיקה

תאריך

תאריך

האם הבדיקה היתה תקינה? אם צרך תוצאות הבדיקות

10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?

11. האם היך חש בריא בהחלט והיית בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים?

הצהרת בריאות - להצעה לביטוח סיעודי

1. האם היך מסוגל לבצע את הפעולות היומיומיות הבאות, ללא עזרה מאדם אחר: קימה מהמיטה וכניסה אליה, לבישת בגדים והתפשטות, אכילה ושתייה, נידות, רחיצה, שימוש בתחבורה ציבורית, קניית מצרכים יומיומיים?

2. האם קיימת אצלך בעיה של שליטה על הסוגרים?

3. האם היך נעדר במיכשור רפואי כלשהו (כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, קטטר, חגורות רפואיות, מיכשור נשימתי)?

4. האם הוגשה בקשה לעזרת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי או מוסד אחר?

5. האם קבלת יעוץ לדאוג לסידור סיעודי, או באמר לך שהיך צפוי להיות מקק לסיעוד תוך 12 חודש?

פרטים נוספים

שם המבוטח	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו')
שם המבוטח	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו')
שם המבוטח	אבחנה (מחלה, בדיקה)	התחלה	סיום	סיבוכים כן/לא	אירועים חוזרים כן/לא	הבראה מלאה כן/לא	סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו')

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית.

רשימת שאלוני המשך

1. סוכרת

2. גב ועמוד השדרה

3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם

4. דרכי הנשימה

5. נכויות/פציעות

6. דרכי העיכול

7. גידולים

8. בעיות נפשיות

9. שאלון יתר לחץ דם

10. שאלון מחלות כללי

הצהרת המבוטח

הריני מצהיר כי תשובותיי על כל השאלות הכלולות בכל דפי ההצהרה, הן מלאות וכנות ולא החסרתי או העלמתי מאומה, הנני יודע כי תשובות כוזבות או לא מלאות ביודעין או לא בכוונה מקנות להפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ (להלן ביחד "המבטח") את הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את סכום הביטוח. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית הביטוח. הריני מצהיר בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע לצירופי וטיפול בכל העניינים אצל המבטח. הריני מסכים כי המידע ימסר לכם לצורך עיבודו ואחסונו לכל גוף ש"המבטח" ימצא לנכון, בהקשר לביטוח, בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמש לצרכי הביטוח והשירות ב"הפניקס". הנני מתחייב להודיעכם על כל שינוי שיכול בפרטי האישיים.

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ המבוטח, נותן/ת בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בכ"מ" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתדרש ע"י "המבקש", על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזובי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע באמצעות סוכן הביטוח המטפל.

חתימת המבוטחים

תאריך	שם המועמד לביטוח הראשי	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח הראשי
תאריך	שם המועמד לביטוח השני	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח השני

2

300106107