

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מין	תאריך לידה
מקצוע	עיסוק	תחביב	משקל בק"ג	גובה בס"מ

**פרטי מועמד שני**

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מין	תאריך לידה
מקצוע	עיסוק	תחביב	משקל בק"ג	גובה בס"מ

מועמד ראשון		פרק א': שאלון מבוא כללי		מועמד שני	
לא	כן	השאלה / הנושא	לא	כן	לא
		1. ירידה במשקל של יותר מ- 10% ממשקלך באופן לא רצוני ב- 12 החודשים האחרונים			
		2. מחלות ו/או הפרעות אצל קרובי משפחה ביולוגיים			
		3. עישון – האם מעשן היום (סיגריות / סיגרים / מקטרת)? אם כן, פרט כמות ביום: <input type="checkbox"/> עד 20 סיגריות ו/או 1 סיגר ו/או מילוי מקטרת אחת <input type="checkbox"/> עד 40 סיגריות ו/או 2 סיגרים ו/או מילוי 2 מקטרות <input type="checkbox"/> עד 60 סיגריות ו/או 3 סיגרים ו/או מילוי יותר מ- 3 מקטרות <input type="checkbox"/> יותר מ- 60 סיגריות ו/או יותר מ- 3 סיגרים ו/או מילוי יותר מ- 3 מקטרות			
		3.1 הפסקת עישון במהלך 24 החודשים האחרונים			
		3.2 הפסקת עישון לפני יותר מ- 24 חודשים ואי חזרה לעישון כלל			
		4. שימוש בסמים כעת ו/או בעבר			
		5. צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר, חוץ מאשר באירועים חברתיים			
		6. האם נותחת ו/או האם את/ה צפוי לעבור ניתוח? אם כן, פרט סוג הניתוח, סיבה ומועד ביצוע הניתוח.			
מועמד ראשון		פרק ב': שאלון מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים		מועמד שני	
לא	כן	האם יש או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם (כלהלך? על כל תשובה חיובית יש למלא גם את השאלון המתאים)	לא	כן	לא
		1. במערכת העצבים והמוח – לרבות חבלת ראש, אירוע מוחי, אפילפסיה, שיתוק, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, פרקינסון, אלצהיימר, דמנציה, סחרחורת, התעלפויות			
		2. בנפש ובמצב הרוח – לרבות דיכאון, חרדה, מאניה דיפרסיה, נסיון אובדני, מצב בו נידרש טיפול פסיכיאטרי			
		3. בדרכי הנשימה והריאות – לרבות אסטמה, אמפיזמה, פניאומוטורקס, אלרגיה			
		4. בעור – לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, נגע ו/או גוש במעקב			
		5. בלחץ הדם, מערכת הלב וכלי הדם – לרבות יתר לחץ דם, התקף לב, כאבי חזה, הפרעה בקצב הלב, פגם במסתמי הלב, איוושה בלב, טרומבוז, תסחיף, דליות (ורידים מורחבים)			
		6. במערכת העיכול ובקעים – לרבות החזר ושטי (ריפלוקס), מחלה כרונית ו/או דימום, טחורים, פלוגידל, אבצס, בקע, שבר (הרניה מכל סוג)			
		7. בכבד, במרה ובדרכי המרה, בטחול ובלבלב – לרבות צהבת, הפטיטיס, כבד שומני			
		8. בכליות ובדרכי השתן – לרבות כליה אחת, אבנים, ריפלוקס, דלקת כליה, דליפת שתן, ו/או חלבון בשתן, ערמונית מוגדלת (פרוסטטה)			
		9. מחלה מטבולית ו/או הורמונלית – לרבות סוכרת, בלוטת המגן, שומנים גבוהים (כולסטרול, טריגליצרידים), שיגדון (GOUT), FFM			
		10. בדם ובמערכת החיסון: לרבות אנמיה (חוסר דם), ערכים לא תקינים בספירת דם, קרישת דם, הפרעה במערכת החיסון			
		11. מחלות זיהומיות ו/או מחלות מין: לרבות שחפת, איידס (לרבות נשאות), חום ממושך			
		12. מחלה ממארת ו/או גידול ממאיר: לרבות גידול טרום סרטני, סרטן			
		13. במערכת השלד ו/או השרירים: לרבות כאבי גב, פריצת דיסק, ליקוי בעמוד השדרה, שבר, נקע, פריקה, ו/או קטיעה			
		14. במערכת הראיה ו/או אף אוזן גרון: לרבות קטרקט, גלאוקומה, ליקוי ראייה מעל 7-, קרטוקונוס, ליקוי שמיעה, דלקות אוזניים חוזרות, מחיצות אף, סינוסיטיס, פוליפים, אדינואידיים (שקדים), דום נשימה בשינה			
		15. במערכת המין ו/או הרבייה: לרבות גוש בשד או באשך, ציסטה, גינקומסטיה, בעיות פריון (גם לגברים), הפלות חוזרות, זיהום, הריון, אשך טמיר, הידרוצלה, וריקוצלה			
		16. מחלה ו/או הפרעה ריאומטית: לרבות אוסטיאופורוזיס, מחלות /או דלקות מפרקים ו/או עצמות, לופוס (זאבת)			

מועמד ראשון	מועמד שני	פרק ג': שאלון משלים
		1. האם הוגשה תביעה ו/או הינך מצוי בהליכי הגשתה ו/או הינך מתעתד להגיש תביעה בביטוח אובדן כושר עבודה ו/או נכות ו/או בריאות ו/או סיעוד בשל מחלה ו/או הפרעה ו/או מום שלא פורטו לעיל ?
		2. האם נדחתה הצעתך לביטוח חיים ו/או אובדן כושר עבודה ו/או נכות ו/או בריאות ו/או סיעוד בשל מחלה ו/או הפרעה ו/או מום שלא פורטו לעיל ?
		3. האם הינך מקבל תרופות למחלה ו/או הפרעה ו/או מום שלא פורטו לעיל ?
		4. האם אושפזת בשל מחלה ו/או הפרעה ו/או מום שלא פורטו לעיל ?
		5. האם קיימת אצלך נכות ו/או הינך מצוי בהליכי הגשת תביעה להכרה בנכות ו/או מתעתד להגיש תביעה לנכות בשל מחלה ו/או הפרעה ו/או מום שלא פורטו לעיל ?
		6. האם בדיקות שגרתיות – תקופתיות שנערכו נמצאו ממצאים חריגים שלא פורטו לעיל ?
		7. האם הינך מצוי בבירור רפואי כלשהו או קיימים אצלך סימנים ו/או סימפטומים שלא פורטו לעיל ?

פרק ד' : פירוט לשאלות להן ניתנה תשובה חיובית		
מספר השאלה	שם המועמד	תיאור

פרטי המוסד הרפואי המטפל			
שם המוסד	סניף	שם הרופא המטפל	כתובת הרופא או הסניף

- 1. הצהרת נכונות ודיווח**
- א. 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. התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרה וכן כל מידע אחר שיימסר בכתב למבטח על ידי ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- ב. אני מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום חתימתי על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח, בהתאם לכיסויי הביטוחיים, אשר אני מבקש בהצעה ו/או בבקשת השינוי. ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על פי הפוליסה להיפגע.

- 2. אישור תנאי קבלה מיוחדים**
- אני מאשר את רכישת הכיסויים הביטוחיים המבוקשים:
- עם תוספת רפואית, בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 100%.

חתימת המועמד הראשון \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני \_\_\_\_\_

- 3. כתב ויתור על סודיות רפואית – הצהרת המועמד לביטוח**
- א. אני הח"מ נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה כולל: קופת חולים מכבי, שרותי בריאות כללית, קופת חולים לאומית, קופת חולים מאוחדת, לשלטונות צ.ה.ל ו/או למשרד הביטחון, למוסד לביטוח לאומי, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, לרופא המטפל בי בקביעות וכל רופא אחר, שנמצאתי או שאמצא בטיפולו וכן כל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים וכן לקרן הפנסיה, לכל חברות הביטוח, ולכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה, למסור לשירותי חברת הביטוח בע"מ (להלן: המבקש), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש ו/או הבאים בשמו, על מצב בריאותי, כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כיום וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותם והקשורים למצב בריאותי.
- ב. אני משחרר כל גוף או אדם, שפורטו לעיל, מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ומחלותיי כאמור ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור.
- ג. אני מייפה את המבקש לאסוף מידע שיראה לו חשוב בקשר לבריאותי.
- ד. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדיו ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי ויחול גם על ילדי הקטינים (באם ישנם כאלה).
- ה. 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 החולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים הנ"ל.

לראיה באתי על החתום:

שם המועמד הראשון	מספר זהות	חתימה	תאריך
שם המועמד השני	מספר זהות	חתימה	תאריך