

הצהרת בריאות – לביטוח ריסק וריסק משכנתאות בלבד

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מין	תאריך לידה
עיסוק	מקצוע	סניף	שם הרופא המטפל	תחביב
שם המוסד הרפואי המטפל / קופ"ח				
כתובת הרופא המטפל או סניף המוסד הרפואי / קופ"ח				

האם אתה סובל או סבלת בעבר מאחת המחלות המפורטות מטה ? אם התשובה היא חיובית ("כן") יש לצרף סיכומי מחלה ושאלון השלמת פרטים רפואיים ולפרט תאריכים, סוג המחלה, סיבוכים, טיפולים, תרופות, מצב נוכחי וכו'.

סוג המחלה	התשובה לשאלה	
	כן	לא
מחלות לב		
לחץ דם מוגבר ומחלות כלי דם		
סוכרת		
מחלות ריאה וכלי נשימה		
מחלות עצבים או הפרעות נפשיות		
מחלות כלי העיכול או כיב קיבה		
גידול ממאיר (סרטן)		
מחלות כליות, כבד		
כאבי גב		
מחלת או נשאות למחלת איידס		
נכות כלשהי מתאונה או ממחלה		
האם אתה מרגיש בריא ?		
האם הינך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות (תשובה חיובית תחייב למלא שאלון עישון !)		
משקל בק"ג	גובה בס"מ	

1. הצהרת נכונות ודיווח

- אני מצהיר ומסכים ומתחייב בזה כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות, שמולאה על ידי הן כנות ומלאות ולא העלמתי מן החברה 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 לחברה על ידי ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני מתחייב לדווח לחברה על כל שינוי אשר יהול במצבי הרפואי מיום חתימתי על הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח, בהתאם לכיסויים 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 50%.

חתימת המועמד הראשון _____

3. כתב ויתור על סודיות רפואית – הצהרת המועמד לביטוח

- 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 לשירביט חברה לביטוח 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.
 - אני משחרר כל גוף או אדם, שפורטו לעיל, מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ומחלתיי כאמור ולא תהינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור.
 - כן, אני מיפה את המבקש לאסוף מידע שיראה לו חשוב בקשר לבריאותי.
 - כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי ויהול גם על ילדי הקטנים (באם ישנם כאלה).
 - 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:

תאריך	שם מועמד ראשון:	מס' ת.ז.	חתימה
-------	-----------------	----------	-------