

### טופס שאלון רפואי – ביטוח נסיעות

היות וברצוני לבטח את עצמי במשך תקופת נסיעתי לחו"ל בפוליסת ביטוח "שיר לנוסע מסוג S" המורחבת, על-פי תנאיה, לכלול כיסויי עבור מחלות כרוניות והחמרה למחלה קיימת. הריני מפרט להלן את מצבי הרפואי.

#### פרטים אישיים של המבוטח

שם משפחה:  Surname:  שם פרטי:  Name:   
 כתובת:  טלפון:  נייד:   
 תאריך לידה:  ת.ז.  מס' דרכון:   
 חבר בקופת חולים:  סניף:  מקצוע:

#### פרטים על הנסיעה

נוסע באמצעות משרד-הנסיעות:  שם הסוכנות:  טלפון:  יעדים (שמות הארצות):   
 תאריך יציאה:  תאריך חזרה:   
 מטרת הנסיעה:  עסקים  טיול  ביקור קרובים  נופש  הבראה אחר-פרט:   
 נוסעים המתלווים אלי (פירוט – שמות ותאור קירבה):

שם	קרבה	אחר

#### מצב רפואי: (ב- 10 שנים האחרונות ובהווה)

לא	כן		לא	כן		לא	כן	
		מחלת הנפילה:			פרקינסון:			סוכרת:
		קרוהן:			מחלות עור:			אירוע מוחי:
		טרשת נפוצה:			אלרגיות:			דלקת פרקים:
		טרשת עורקים:			רגישות למזון:			בלוטת התריס:
		לב ו/או כלי דם:			שומנים בדם:			אולקוס (כיב-קיבה, תריסרון):
		כליות ו/או דרכי שתן:			איבוד הכרה ו/או סחרחורות:			דימום במערכת העיכול:
		כבד:			ראיה: (ראיה כפולה, אבוד ראיה זמני)			פצעים שלא הגלידו 3 חודשים:
		מערכת עצבים מרכזית:			בעיות ראיה אחרות:			בעיות גב: (חוליות/גב כולו)
		זאבת:						
		מחלה ממארת:			רעידות, שיתוקים, התכווציות:			נא פרט:

#### ניתוחים, אישפוזים, פציעות וחבלות: (ב- 10 שנים האחרונות ובהווה)

מחלות, ניתוחים, אישפוזים, פציעות וחבלות: Hospitalizations, Operations, Injuries, כן  לא

מס' no.	תאריך Date	משך האשפוז Duration of stay	בית חולים Hospital	פרטים Details

#### תרופות

תרופות: Medications (פירוט ע"י רופא או המבוטח או המבוטח) כן  לא   
 רגישות לתרופות או לגורמים אחרים: Allergy to drugs or other causes (פירוט ע"י רופא המבוטח): כן  לא

שם התרופה Name of Medication	מנה	תכיפות	שם התרופה Name of Medication	מנה	תכיפות

18, Yad Haruzim Netanya  
P.O.B 6137 Netanya 42161  
Tel . +972-76-8622255  
FAX . +972-76-8622257



רח' יד חרוצים 18 נתניה  
ת.ד 6137 נתניה 42161  
טל' 076-8622255  
פקס 076-8622257

**האם הינך בהריון:**

	כן	לא
האם הנך בהריון: _____ (משבוע 26 עד שבוע 30)		
בעיות גנקולוגיות: _____		

**יש לצרף אישור רפואי על תקינות ההריון ואישור עלייה לטיסה מהרופא**

**חתימת המועמד לביטוח**

**חתימת המועמד לביטוח**

לא ידועה לי כל סיבה או צורך באשפוז, בדיקה רפואית או טיפול שלי או של ילדיי הקטינים הנלווים אלי בעת השהות בחו"ל. אין אני או אחד מהנלווים אלי נוסע בניגוד לייעוץ רפואי או לשם קבלת טיפול רפואי. הפרטים שבהצהרתי זו הינם אמת וכן ידוע לי שהצעתי / הצהרתי מהווה בסיס להוצאת הפוליסה. אני החתום מטה משחרר בזה כל רופא וכל מוסד רפואי ועובדיו מחובת הסודיות הרפואית, ומבקש בזה למסור ל"שירביט" חברה לביטוח בע"מ ולבא כוחה כל מסמך אשר ידרש על ידם אודות מחלתי, מצב הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר הנוגע למצבי הרפואי. ידוע לי כי השאלות בשאלון זה הן בעניינים מהותיים וכי עליי להשיב על כל השאלות תשובות כנות ומלאות.

חתימת המועמד לביטוח: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

**נא לצרף סיכום מידע רפואי מפורט ועדכני על מצבך הרפואי.**