

שם המפקח	מספר הסוכן	שם הסוכן
----------	------------	----------

לתשומת לבך! תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה.

מספר ההצעה	התאריך המבוקש להתחלת הביטוח
01	

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים.

הצהרת בריאות

מיועד לביטוח חיים ולביטוח בריאות

א פרטי המועמדים לביטוח

מבטוח ראשיו/ המצהיר	ס"ב מספר הזהות	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"/>
ילדים 2					זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
כתובת מגורים	רחוב	מספר בית, יישוב	מיקוד	מספר הטלפון	מספר טלפון נייד

ב הצהרת בריאות

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד; על המבוטח הראשי, על בן/בת הזוג ועל כל אחד מהילדים המבוטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים, מספרו מופיע בסוגריים מרובעים [], לדוגמה [4]. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) בשאלות המסומנות ב-*, בה אושר החריג בחתימתך, תירשם בפוליסה החרגה בהתאם לסעיף זה.

חלק א - שאלות כלליות:	מב' ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	חלק א - שאלות כלליות:	
						כן	לא
1. גובה בס"מ							
2. משקל בק"ג							
3. מעשן/עישנת, כמה זמן? שנים. אם הפסקת, רשום מתי? כמות סיגריות שמעשן/עישנת ביום [26]							
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 <input type="radio"/> אירוע מוחי* <input type="radio"/> אפילפסיה [22] <input type="radio"/> טרשת נפוצה <input type="radio"/> איידס <input type="radio"/> ניוון שרירים <input type="radio"/> סיסטיק פיברוזיס <input type="radio"/> תסמונת דאון <input type="radio"/> זאבת <input type="radio"/> גושה <input type="radio"/>							
2. מחלה או מגבלה הקשורה בעיניים (יש לציין משקפיים רק כאשר העדשה/ות הן יותר ממספר 7) [1]							
3. בעיות הקשורות ב-: <input type="radio"/> אף <input type="radio"/> אוזן <input type="radio"/> גרון [2]							
4. מחלת לב [4] <input type="radio"/> יתר לחץ דם [5] <input type="radio"/> מחלת כלי דם [7] <input type="radio"/> מחלת דם*							
5. מחלה או הפרעה בריאות ובדרכי הנשימה [3]							
6. מחלה או הפרעה ב-: מערכת העיכול [9] <input type="radio"/> כיס המרה [9]							
7. סוכרת [12] <input type="radio"/> שומנים גבוהים/כולסטרול [6] <input type="radio"/> מחלת כבד [10] <input type="radio"/> מחלת צהבת [10]							
8. מחלה או הפרעה: בכליות [13] <input type="radio"/> בדרכי השתן [13] <input type="radio"/> בערמונית (פרוסטטה) [14]							
9. טחורים <input type="radio"/> פיסורה האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בתאריך _____ האם הבעיה נפתרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן בקע: <input type="radio"/> בסרעפת <input type="radio"/> בטבור <input type="radio"/> במפשעה בצד: <input type="radio"/> ימין <input type="radio"/> שמאל <input type="radio"/> בשני הצדדים, האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בתאריך _____ האם הבעיה נפתרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן							



עמוד 1 מתוך 2

טופס מספר 7006234 1010 6.2010 ר"ה

חלק ב - המשך - האם אתה סובל/סבלת בעבר או קיימת אבחנה ל:	מב' ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3	
	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
10. מחלה, מגבלה או שבר הקשור ב: <input type="checkbox"/> מפרקים [18][19] <input type="checkbox"/> עמוד השדרה [21] <input type="checkbox"/> ברכיים [20] <input type="checkbox"/> ירידה בצפיפות העצם [17] <input type="checkbox"/> פיברומיאלגיה*										
11. גידולי עור [16] <input type="checkbox"/> דלקות עור / מחלות עור* <input type="checkbox"/> פסוריאזיס <input type="checkbox"/> שינויים בנקודות חן <input type="checkbox"/>										
12. מחלות ממאירות* <input type="checkbox"/> גידולים אחרים*										
13. בעיות פריין <input type="checkbox"/> מחלה תורשתית* <input type="checkbox"/> מחלה ו/או תופעה כרונית* <input type="checkbox"/> FMF <input type="checkbox"/> בלוטת המגן [11] <input type="checkbox"/> מיגרנה <input type="checkbox"/> גאוס <input type="checkbox"/> מחלת נפש [25] <input type="checkbox"/> פיגור שכלי <input type="checkbox"/> שיתוק מוחי <input type="checkbox"/> אוטיזם <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/>										
14. האם עברת ניתוח או יעצו לך על ניתוח שלא קשור לאחת המחלות המופיעות בהצהרת הבריאות? <input type="checkbox"/> האם אושפזת (לרבות אשפוז יום) [23] <input type="checkbox"/> 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): <input type="checkbox"/> סבלת ו/או סובלת ממחלה הקשורה בכל תופעה גינקולוגית (לרבות שדיים) [15] <input type="checkbox"/> את בהריון <input type="checkbox"/> עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן, מתי? _____										
17. ילידים (עד גיל 18): <input type="checkbox"/> הפרעה/עיכוב התפתחותי <input type="checkbox"/> הפרעות גדילה <input type="checkbox"/> הפרעות קשב וריכוז <input type="checkbox"/> מומים מולדים <input type="checkbox"/> אשך טמיר <input type="checkbox"/> נולדה/ה 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: <input type="checkbox"/> גריאטריות <input type="checkbox"/> ניווניות <input type="checkbox"/> רעד <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> ירידה בזיכרון ו/או פגיעה קוגניטיבית <input type="checkbox"/> דמנציה (אלצהיימר). נא צרף מכתב עדכני מרופא נירולוג מטפל										
2. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מן הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נייודות/הליכה										
חלק ד - לביטוח מחלות קשות יש לענות גם על השאלה הבאה:										
1. האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחות/אח/בן/בת) היו או יש מחלות לב, סרטן, סוכרת, מחלות נפש [27]										



עמוד 2 מתוך 2

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

לביטוחי בריאות בלבד -
אני/ו מסכים/ים מראש להחגרה של המחלה/הבעיה:

אני/ו מסכים/ים מראש לתוספת עד % _____
 חתימת מבטוח ראשי/המצהיר _____ חתימת בן/בת זוג _____

ג הצהרות המועמדים לביטוח

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

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 ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. הרשות בידי 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 חותמים על ההצהרה בשמם כאפוטרופוס.

ויתור על סודיות רפואית - אני/נו, החתומים מטה, נותנים רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דרוש לברור הזכויות והחובות המוקנות על-פי הפוליסה, למסור להראל חברה לביטוח בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתירש על-ידי המבקשים על מצב בריאותי/נו ו/או על כל מחלה שחלתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חוליה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משחררים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבני/נו ובאי/כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

טופס מספר 426234 1010207 6.2010 ר"ה