



## הצהרת בריאות - ביטוח בריאות/מחלות קשות

למועמדים מעל גיל 65 יש להמציא מכתב מפורט מרופא מטפל המתייחס לכל בעיות הבריאות כולל אבחנות, ניתוחים, אשפוזים בחמש השנים האחרונות, טיפול (תרופתי ואחר), תוצאות בדיקות דימות שבוצעו בחמש השנים האחרונות ומצב כיום.

מועמד	שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	גובה (מגיל 14)	משקל (מגיל 14)	
ראשי						
משני						
ילד 1						
ילד 2						
ילד 3						
ילד 4						
ילד 5						
ילד 6						
ילד 7						
ילד 8						
עישון הרגלי (מגיל 16)	ראשי	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרים / נרגילה / מקטרת / סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.				
	משני	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרים / נרגילה / מקטרת, סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.				
	שם הילד:	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרים / נרגילה / מקטרת, סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.				
	שם הילד:	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרים / נרגילה / מקטרת, סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.				

מועמד													ראשי		משני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		ילד 5		ילד 6		ילד 7		ילד 8			
<b>א. שאלות כלליות:</b> אם אחת או יותר מהתשובות חיוביות, נא לפרט בסעיף הערות. כמו כן היכן שיש מס' שאלון בסוגריים, יש לצרף השאלון המתאים. אם אין שאלון בנושא יש לצרף מסמכים רפואיים.																																		
1. האם בעשר השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> אושפזת (1) נותחת (28) <input type="checkbox"/> יעצו לך לעבור ביתוח (28) <input type="checkbox"/>																																		
2. האם עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות ב-5 השנים האחרונות לגילוי/אבחון של: <input type="checkbox"/> סרטן (יש לפרט סוג סרטן) (26) <input type="checkbox"/> בעיות לב <input type="checkbox"/> בדיקות הדמיה (כגון US, MRI, CT) <input type="checkbox"/> מחלות ניווניות/כרוניות <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הנטיבגטון <input type="checkbox"/> כליות <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> ציסטות פרקינסון <input type="checkbox"/> מיפוי עצמות <input type="checkbox"/> בדיקות עם ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי <input type="checkbox"/> בדיקה לגליו איידס																																		
3. האם בחמש השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> הנהר בטיפול רפואי או תרופתי <input type="checkbox"/> הנהר במעקב רפואי <input type="checkbox"/> הומלץ לך על טיפול רפואי או תרופתי <input type="checkbox"/> נדרשת למעקב רפואי																																		
4. האם בחמש השנים האחרונות סבלת מ: <input type="checkbox"/> סכרת (6) <input type="checkbox"/> יתר לחץ הדם (8) <input type="checkbox"/> יתר שומנים בדם (7). אם כן, נא צרף שאלון מתאים																																		
5. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות: <input type="checkbox"/> בירידה בקוגניציה <input type="checkbox"/> בירידה בזיכרון																																		
6. האם נקבעו לך אחוזי נכות ממחלה/תאונה/מום או הגשת בקשה לקביעתם? (3) <input type="checkbox"/> האם נפצעת/סבלת משבר ב-5 השנים האחרונות? (3) <input type="checkbox"/>																																		
7. האם אובחנת כלוקה ב: <input type="checkbox"/> מחלת נפש <input type="checkbox"/> הפרעה נפשית <input type="checkbox"/> חרדה <input type="checkbox"/> דיכאון <input type="checkbox"/> הפרעות אכילה אם כן, נא למלא שאלון בעיות נפשיות (13) ולצרף מכתב רופא מפורט.																																		
8. האם השתמשת או שהנהר משתמש ב: <input type="checkbox"/> סמים (4) <input type="checkbox"/> אלכוהול (5) נא לפרט סוג, כמות ותדירות.																																		
מועמד																																		
<b>ב. האם הנהר סובל או סבלת או שיש לך סימני הבעיות/מחלות המפורטות מטה?</b> כמו כן היכן שיש מס' שאלון בסוגריים, יש לצרף השאלון המתאים. אם אין שאלון בנושא יש לצרף מסמכים רפואיים.																																		
1. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות מערכת העצבים והמוח <input type="checkbox"/> ארוע מוחי <input type="checkbox"/> שיתוק <input type="checkbox"/> הפרעות תחושה/תנועה <input type="checkbox"/> אפילפסיה (9) <input type="checkbox"/> שיתוק מוחין <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הפרעות קשב ורוכז (10) <input type="checkbox"/> אוטיזם <input type="checkbox"/> פיגור (יפנה להורה או אפוטרופוס של קטין/פסול דין)																																		

\*3453

www.hcsra.co.il | 03-7960000 | 5811801 חולון 1877 ת.ד. | המלאכה 6, ת.ד. | הכשרה חברה לביטוח בע"מ |

2 מתוך 1



dt2498

## המשך הצהרת בריאות - ביטוח בריאות/מחלות קשות

ראשי	משני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		ילד 5		ילד 6		ילד 7		ילד 8	
	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
<p>2. בעיות ומחלות ריאות ודרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> ברונכיטיס <input type="checkbox"/> אמפיזמה <input type="checkbox"/> מחלת ריאות חסימתית <input type="checkbox"/> שחפת <input type="checkbox"/> ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (11)</p>																		
<p>3. בעיות ומחלות לב וכלי הדם <input type="checkbox"/> התקף לב <input type="checkbox"/> קרדיומיופטיה <input type="checkbox"/> טרומבוזת <input type="checkbox"/> מחלת לב איסכמית <input type="checkbox"/> אי ספיקת לב <input type="checkbox"/> הפרעות קצב הלב <input type="checkbox"/> בעיות מסתמי הלב <input type="checkbox"/> מומי לב <input type="checkbox"/> דלקת כלי הדם/וסקוליטיס <input type="checkbox"/> בעיות דם וקרישה <input type="checkbox"/> אנמיה (12)</p>																		
<p>4. בעיות ומחלות כבד <input type="checkbox"/> הפטיטיס/צהבת <input type="checkbox"/> שחמת הכבד <input type="checkbox"/> כבד שומני <input type="checkbox"/> הפרעה בתפקודי הכבד <input type="checkbox"/></p>																		
<p>5. בעיות מעיים ודרכי העכול <input type="checkbox"/> קרוהן <input type="checkbox"/> קוליטיס <input type="checkbox"/> אולקוס/כיב קיבה <input type="checkbox"/> מעי רגז <input type="checkbox"/> פיסורה <input type="checkbox"/> טחורים <input type="checkbox"/> ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (15)</p>																		
<p>6. בעיות ומחלות כליות ודרכי השתן <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> דם או חלבון בשתן <input type="checkbox"/> ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (16)</p>																		
<p>7. בעיות ומחלות בלוטות <input type="checkbox"/> ערמונית/פרוסטטה (20) <input type="checkbox"/> בלוטת המגן/התריס (21) <input type="checkbox"/> יותרת המוח <input type="checkbox"/> יותרת הכליה <input type="checkbox"/> בלוטת הרוק <input type="checkbox"/> הלבג <input type="checkbox"/></p>																		
<p>8. בעיות ומחלות מין ועור <input type="checkbox"/> אלרגיות <input type="checkbox"/> פסוריאזיס (25) <input type="checkbox"/> שומות במעקב (26)</p>																		
<p>9. מחלת איידס <input type="checkbox"/> נשאות איידס <input type="checkbox"/></p>																		
<p>10. מחלות ובעיות פרקים ועצמות <input type="checkbox"/> דלקת פרקים <input type="checkbox"/> בעיות בברך, צוואר, עמוד השדרה (24) <input type="checkbox"/> פיברומיאלגיה (17) <input type="checkbox"/> גאוס (18) <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> בריחת סידן <input type="checkbox"/> אנקילוזינג ספונדיליטיס <input type="checkbox"/></p>																		
<p>11. סרטן <input type="checkbox"/> מחלות ממאירות <input type="checkbox"/> גידולים (ממאירים או שפירים) <input type="checkbox"/> ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (26)</p>																		
<p>12. מחלות אוטואימוניות <input type="checkbox"/> מחלות ביוניות <input type="checkbox"/> מחלות כרוניות <input type="checkbox"/> הנטיגטון <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> לופוס/זאבת <input type="checkbox"/> ניוון שרירים <input type="checkbox"/> סרקואיזיס <input type="checkbox"/> מחלות ו/או הפרעות אנדוקרינולוגיות <input type="checkbox"/> F.M.F (19)</p>																		
<p>13. בעיות ומחלות עיניים וראיה <input type="checkbox"/> גלאוקומה <input type="checkbox"/> רטיניטיס פיגמנטוזה <input type="checkbox"/> קוצר ראיה (מעל 8) <input type="checkbox"/> קרטוקונס <input type="checkbox"/> ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (22)</p>																		
<p>14. בעיות אזניים ושמיעה <input type="checkbox"/> דום נשימה <input type="checkbox"/> סחרחורות <input type="checkbox"/> הפרעות בשיווי משקל <input type="checkbox"/> מיגרנה/כאבי ראש <input type="checkbox"/> בעיות אף וגרון <input type="checkbox"/> ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (23)</p>																		
<p>15. האם בחמש שנים אחרונות סבלת או שיש לך סימנים ל: <input type="checkbox"/> בקע /הרניה כולל מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי</p>																		
<p>16. <b>לנשים מגיל 18 בלבד:</b> <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות גניקולוגיות <input type="checkbox"/> דימומים <input type="checkbox"/> מחלות שדיים <input type="checkbox"/> בעיות פרויון <input type="checkbox"/> הפלות חוזרות <input type="checkbox"/> ניתוח קיסרי <input type="checkbox"/> הגדלת חזה <input type="checkbox"/> האם כעת את בהיריון?</p>																		
<p>17. <b>ילידים עד גיל 18 בלבד:</b> <input type="checkbox"/> הפרעה/עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ על מעקב/טיפול רפואי <input type="checkbox"/> הפרעה/עיכוב בגדילה <input type="checkbox"/> מולד/ה פג (ילידים עד גיל 3 יש לצרף מכתב עדכני מרופא ילדים) <input type="checkbox"/> הפרעה או בעיה רגשית? <input type="checkbox"/> חר/שפה שסועה - האם נותח/ה? <input type="checkbox"/> "כן" - מתי? <input type="checkbox"/> "לא" - האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אשר תמיר - האם נותח/ה? <input type="checkbox"/> "כן" - מתי? <input type="checkbox"/> "לא" - האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>																		
<p>ג. בעת רכישת כיוסי למחלות קשות יש לענות גם על השאלה הבאה:</p>																		
<p>1. תולדות משפחה: <input type="checkbox"/> האם, למיטב ידיעתך, קרוביך מדרגה ראשונה (הורים/אחים/ילדים) לקו באחת או יותר מהבעיות הר"מ: <input type="checkbox"/> סרטן השד <input type="checkbox"/> סרטן שחלות <input type="checkbox"/> סרטן מעי <input type="checkbox"/> סרטן ערמונית (פרוסטטה) <input type="checkbox"/> מחלות ניוון שרירים/ניוון מוטורי <input type="checkbox"/> סרטן נפוצה <input type="checkbox"/> הנטיגטון <input type="checkbox"/> מחלות לב לרבות התקף לב, צנתור, קרדיומיופטיה <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> אלצהיימר <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (27)</p>																		

ד. הערות - פירוט ממצאים חיוביים:

שם המועמד	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים/לא	שם המועמד	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים/לא

אני הח"מ מצהיר בזה ומאשר בחתימתי ידי שתשובותיי לכל השאלות הנ"ל הינן נכונות ומלאות. ידוע לי כי תשובותיי אלו משמשות בסיס לכריתת חוזה הביטוח ומהוות חלק בלתי נפרד ממנו.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מועמד ראשי: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מועמד משי: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_