

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)	
פרטים אישיים	ראשי					
	משני					
	ילד 1					
	ילד 2					
הרגלי עישון (מגיל 16)	ראשי	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת / <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת, <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.				
	משני	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת / <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת, <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.				
	שם הילד:	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת / <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת, <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.				
	שם הילד:	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת / <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת, <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.				

מועמד												
א. שאלות כלליות: אם אחת או יותר מהתשובות חיוביות/ות, נא לפרט בסעיף הערות. כמו כן היכן שיש מס' שאלון בסוגריים, יש לצרף השאלון המתאים. אם אין שאלון בנושא יש לצרף מסמכים רפואיים.												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם בעשר השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> אושפזת (1) <input type="checkbox"/> נותחת (28) <input type="checkbox"/> יעצו לך לעבור ניתוח (28)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 ביונוניות/כרוניות <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הנטינגטון <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 לגלוי איידס
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. האם בחמש השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> הנך בטיפולי רפואי או תרופתי <input type="checkbox"/> הנך במעקב רפואי <input type="checkbox"/> הומלץ לך על טיפול רפואי או תרופתי <input type="checkbox"/> נדרשת למעקב רפואי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות: <input type="checkbox"/> בירידה בקוגניציה <input type="checkbox"/> בירידה בזיכרון
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. האם השתמשת או שהנך משתמש ב: <input type="checkbox"/> סמים (4) <input type="checkbox"/> אלכוהול (5) נא לפרט סוג, כמות ותדירות.
מועמד												
ב. האם הנך סובל או סבלת או שיש לך סימני הבעיות/מחלות המפורטות מטה? אם התשובה חיובית, נא לפרט בסעיף הערות. כמו כן היכן שיש מס' שאלון בסוגריים, יש לצרף השאלון המתאים. אם אין שאלון בנושא יש לצרף מסמכים רפואיים.												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 וריכוז (10) <input type="checkbox"/> אוטיזם <input type="checkbox"/> פיגור (יופנה להורה או אפוסטרופוס של קטין/פסול דיון) <input type="checkbox"/> תסמונת דאון
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות ריאות דורכי הנשימה <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> ברוניטיס <input type="checkbox"/> אמפיזמה <input type="checkbox"/> מחלת ריאות חסימתית <input type="checkbox"/> שחפת ככל שסימת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (11)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות לב וכלי הדם <input type="checkbox"/> התקף לב <input type="checkbox"/> קרדיומיופתיה <input type="checkbox"/> טרומבוזה <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/וסקולטיס (27)

*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

02/2026 גרסה



המשך הצהרת בריאות - ביטוח בריאות/מחלות קשות

4 ילד	3 ילד		2 ילד		1 ילד		משני		ראשי		
	לא	כן									
<input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/> בעיות דם וקרישה <input type="checkbox"/> אנמיה (12)										
<input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/> 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"/>	6. <input type="checkbox"/> בעיות מעיים ודרכי העכול <input type="checkbox"/> קרוהן <input type="checkbox"/> קוליטיס <input type="checkbox"/> אולקוס/כיב קיבה <input type="checkbox"/> מעי רגיל <input type="checkbox"/> פיסורה <input type="checkbox"/> טחורים ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (15)										
<input type="checkbox"/>	7. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כליות ודרכי השתן <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> דם או חלבון בשתן ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (16)										
<input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/> 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"/> הלבלב										
<input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות מין ועור <input type="checkbox"/> אלרגיות <input type="checkbox"/> פסוריאזיס (25) <input type="checkbox"/> שומות במעקב (26)										
<input type="checkbox"/>	10. <input type="checkbox"/> מחלת איידס <input type="checkbox"/> נשאות איידס										
<input type="checkbox"/>	11. <input type="checkbox"/> מחלות ובעיות פרקים ועצמות <input type="checkbox"/> דלקת פרקים <input type="checkbox"/> בעיות בגב, צוואר, עמוד השדרה (24) <input type="checkbox"/> פיברומאלגיה (17) <input type="checkbox"/> גאוס (18) <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> בריחת סידן <input type="checkbox"/> אנקילוזינג ספונדיליטיס										
<input type="checkbox"/>	12. <input type="checkbox"/> סרטן <input type="checkbox"/> מחלות ממאירות <input type="checkbox"/> גידולים (ממאירים או שפירים) ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (26)										
<input type="checkbox"/>	13. <input type="checkbox"/> מחלות אוטואימוניות <input type="checkbox"/> מחלות ניווניות <input type="checkbox"/> מחלות כרוניות <input type="checkbox"/> הנטינגטון <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> לופוס/זאבת <input type="checkbox"/> ניוון שרירים <input type="checkbox"/> סרקואידוזיס <input type="checkbox"/> מחלות ו/או הפרעות אבדוקרינולוגיות <input type="checkbox"/> F.M.F (19)										
<input type="checkbox"/>	14. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות עיניים וראיה <input type="checkbox"/> גלאוקומה <input type="checkbox"/> רטיניטיס פיגמנטוזה <input type="checkbox"/> קוצר ראה (מעל 8) <input type="checkbox"/> קרטוקונוס ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (22)										
<input type="checkbox"/>	15. <input type="checkbox"/> בעיות אזניים ושמיעה <input type="checkbox"/> דום נשימה <input type="checkbox"/> סחרחורת <input type="checkbox"/> הפרעות בשיווי משקל <input type="checkbox"/> מיגרנה/כאבי ראש <input type="checkbox"/> בעיות אף וגרון ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (23)										
<input type="checkbox"/>	16. <input type="checkbox"/> האם בחמש שנים אחרונות סבלת או שיש לך סימנים ל: <input type="checkbox"/> בקע/הרניה כולל מפשעת, טבני, טבור, סרעפתי										
<input type="checkbox"/>	17. לנשים מגיל 18 בלבד: <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות גניקולוגיות <input type="checkbox"/> אנדומטריוזיס <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? (29)										
<input type="checkbox"/>	18. ילידים עד גיל 18 בלבד: <input type="checkbox"/> הפרעה/עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ על מעקב/טיפול רפואי <input type="checkbox"/> הפרעה/עיכוב בגדילה <input type="checkbox"/> נולד/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? "כן" - מתי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אשר תמיר - האם נותח/ה? "כן" - מתי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא										

4 ילד	3 ילד		2 ילד		1 ילד		משני		ראשי		
	לא	כן									
<input type="checkbox"/>	ג. בעת רכישת כיסוי למחלות קשות יש לענות גם על השאלה הבאה:										
<input type="checkbox"/>	1. תולדות משפחה: (ילידים מגיל 18) האם, למיטב ידיעתך, קרובי מדרגה ראשונה (הורים/אחים) 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"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הנטינגטון <input type="checkbox"/> מחלות לב לרבות התקף לב, צנתור, קרדיומיופתיה <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> אלצהיימר <input type="checkbox"/> פרקינסון ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (27)										

מס'	שאלה	מבטח	
		כן	לא
1	באיזה שבוע נולד התינוק? האם שהה בפגייה ו/או טיפול נמרץ ו/או כל מחלקה אחרת שאינה מחלקת ילודים ו/או היה תחת פיקוח רפואי כלשהו לאחר הלידה ו/או לאחר שחרורו?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	האם הומלץ בעת השחרור ו/או לאחר השחרור על המשך מעקב ספציפי אצל רופא מומחה או רופא ילדים ו/או ממתין לתוצאות בדיקות ו/או הומלץ לבצע בדיקות לאחר השחרור?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

ה. הערות - פירוט ממציאים חייביים:

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: _____

*3453

www.hcsra.co.il | 03-7960000 | 5811801 חולון 1877 ת.ד. | המלאכה 6, ת.ד.

2 מתוך 2



02/2026 גרסה