



## 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										
	ילד 3										
	ילד 4										
	ילד 5										
	ילד 6										
הרגלי עישון (מגיל 16)	ראשי	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ סיגריות / סיגרטים / נרגילה / מקטרת / סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרטים / נרגילה / מקטרת, סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.									
	משני	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ סיגריות / סיגרטים / נרגילה / מקטרת / סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרטים / נרגילה / מקטרת, סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.									
	שם הילד: _____	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ סיגריות / סיגרטים / נרגילה / מקטרת / סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרטים / נרגילה / מקטרת, סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.									
	שם הילד: _____	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ סיגריות / סיגרטים / נרגילה / מקטרת / סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרטים / נרגילה / מקטרת, סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.									
מועמד											
<p>א. שאלות כלליות:</p> <p>אם אחת או יותר מהתשובות חיובית/ות, נא לפרט בסעיף הערות. כמו כן היכן שיש מס' שאלון בסוגריים, יש לצרף השאלון המתאים. אם אין שאלון בנושא יש לצרף מסמכים רפואיים.</p>											
8 ילד	7 ילד	6 ילד	5 ילד	4 ילד	3 ילד	2 ילד	1 ילד	משני	ראשי	מועמד	<p>1. <input type="checkbox"/> יעצו לך לעבור ניתוח (28)  <input type="checkbox"/> אושפזת (1) גותחת (28)</p> <p>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"/> בדיקות הדמיה (כגון US, MRI, CT)  <input type="checkbox"/> מחלות ניוויות/כרוניות  <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה  <input type="checkbox"/> הניטינגטון  <input type="checkbox"/> כליות 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</p>
<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"/>	<p>3. האם בחמש השנים האחרונות:  <input type="checkbox"/> הגר בטיפול רפואי או תרופתי  <input type="checkbox"/> הגר במעקב רפואי  <input type="checkbox"/> הומלץ לך על טיפול רפואי או תרופתי  <input type="checkbox"/> נדרשת למעקב רפואי</p>
<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"/>	<p>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).</p>
<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"/>	<p>5. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות:  <input type="checkbox"/> בירידה בקוגניציה  <input type="checkbox"/> בירידה בזיכרון</p>
<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"/>	<p>6. האם נקבעו לך אחוזה נכות ממחלה/תאונה/מום או הגשת בקשה לקביעתם? (3)  <input type="checkbox"/> האם נפצעת/סבלת משבר ב-5 השנים האחרונות? (3)</p>
<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"/>	<p>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  <input type="checkbox"/> אס, כן, נא למלא שאלון בעיות נפשיות (13) ולצרף מכתב רופא מפורט.</p>
<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"/>	<p>8. האם השתמשת או שהגר משתמש ב:  <input type="checkbox"/> סמים (4)  <input type="checkbox"/> אלכוהול (5)  <input type="checkbox"/> נא לפרט סוג, כמות ותדירות.</p>
<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"/>	<p>9. תולדות משפחה:                      האם, למיטב ידיעתך, קרוביך מדרגה ראשונה (הורים/אחים) לקו באחת או יותר מהבעיות הר"מ:  <input type="checkbox"/> סרטן השד  <input type="checkbox"/> סרטן שחלות  <input type="checkbox"/> מעי  <input type="checkbox"/> סרטן ערמונית (פרוסטטה)  <input type="checkbox"/> מחלות ניוון שרירים/ניוון מוטורי  <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה  <input type="checkbox"/> הניטינגטון  <input type="checkbox"/> מחלות לב לרבות התקף לב, צנתור, קרדיומיופטיה  <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות  <input type="checkbox"/> אלצהיימר  <input type="checkbox"/> פרקינסון                      ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (27)</p>

06.2026 19

**\*3453**

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

מתוך 3



## המשך הצהרת בריאות - ביטוח בריאות/מחלות קשות

מועמד		ראשי	משני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		ילד 5		ילד 6		ילד 7		ילד 8		
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
<p><b>ב. האם הנר סובל או סבלת או שיש לך סימני הבעיות/מחלות המפורטות מטה?</b>  <b>אם התשובה חיובית, נא לפרט בסעיף הערות.</b>  <b>כמו כן היכן שיש מס' שאלון בסוגריים, יש לצרף השאלון המתאים.</b>  <b>אם אין שאלון בנושא יש לצרף מסמכים רפואיים.</b></p>																					
<p>1. <input type="checkbox"/> 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                      ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (11)</p>																					
<p>2. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות לב וכלי הדם <input type="checkbox"/> התקף לב <input type="checkbox"/> קרדיומיופתייה  <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/וסקוליטיס (27)</p>																					
<p>3. <input type="checkbox"/> בעיות דם וקרישה <input type="checkbox"/> אנמיה (12)</p>																					
<p>4. <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</p>																					
<p>5. <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 רגז <input type="checkbox"/> פיסורה <input type="checkbox"/> סחורים                      ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (15)</p>																					
<p>6. <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)</p>																					
<p>7. <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</p>																					
<p>8. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות מין ועור <input type="checkbox"/> אלרגיות <input type="checkbox"/> פסוריאזיס (25)  <input type="checkbox"/> שומות במעקב (26)</p>																					
<p>9. <input type="checkbox"/> מחלת איידס <input type="checkbox"/> נשאות איידס</p>																					
<p>10. <input type="checkbox"/> מחלות ובעיות פרקים ועצמות <input type="checkbox"/> דלקת פרקים  <input type="checkbox"/> בעיות גב, 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</p>																					
<p>11. <input type="checkbox"/> סרטן <input type="checkbox"/> מחלות ממאירות <input type="checkbox"/> גידולים (ממאירים או שפירים)                      ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (26)</p>																					
<p>12. <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"/> גיון שרירים  <input type="checkbox"/> סרקואידוזיס <input type="checkbox"/> מחלות ו/או הפרעות אנדוקרינולוגיות <input type="checkbox"/> F.M.F (19)</p>																					
<p>13. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות עיניים וריאה <input type="checkbox"/> גלאוקומה <input type="checkbox"/> רטיניטיס פיגמנטוזה  <input type="checkbox"/> קוצר ריאה (מעל 8) <input type="checkbox"/> קרטוקונוס                      ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (22)</p>																					
<p>14. <input type="checkbox"/> 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                      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 מפשעת, בטני, טבורי, סרעפתי</p>																					
<p>16. <b>לנשים מגיל 18 בלבד:</b>  <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)</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"/> 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? _____                      "לא" - האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא  <input type="checkbox"/> אשר תמיר - האם נותח/ה?                      "כן" - מתי? _____                      "לא" - האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>																					
<p><b>מועמד</b></p>																					
<p><b>ג. הצהרת בריאות לתינוק עד גיל חצי שנה למילוי על ידי ההורים בלבד</b></p>																					
<p>1. האם המבוטח נולד לפני שבוע 36 או האם התינוק נולד פג? האם שהה בפגייה ו/או טיפול במרץ ו/או כל מחלקה אחרת שאינה מחלקת ילודים ו/או היה תחת פיקוח רפואי כלשהו לאחר הלידה ו/או לאחר שחרורו?</p>																					
<p>2. האם הומלץ בעת השחרור ו/או לאחר השחרור על המשך מעקב ספיציפי אצל רופא מומחה או רופא ילדים ו/או ממתין לתוצאות בדיקות ו/או הומלץ לבצע בדיקות לאחר השחרור?</p>																					

06.2026 יו"ט

**\*3453**

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

מתוך 3

## המשך הצהרת בריאות - ביטוח בריאות/מחלות קשות

ד. הערות - פירוט ממצאים חיוביים:					
שם המועמד	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא (תרופה/ניתוח וכדומה)	שם המועמד	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא (תרופה/ניתוח וכדומה)
אני הח"מ מצהיר בזה ומאשר בחתימת ידי שתשובתי לכל השאלות הנ"ל הינן נכונות ומלאות. ידוע לי כי תשובתי אלו משמשות בסיס לכריתת חוזה הביטוח ומהוות חלק בלתי נפרד ממנו.					
תאריך:	שם מועמד ראשי:	מספר ת.ז.:	חתימה:	תאריך:	שם מועמד משי: