

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						
הרגלי עישון (מגיל 16)	ראשי	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ סיגריות / ☐ סיגרים / ☐ נרגילה / ☐ מקטרת / ☐ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ ☐ סיגריות / ☐ סיגרים / ☐ נרגילה / ☐ מקטרת, ☐ סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.				
	משני	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ סיגריות / ☐ סיגרים / ☐ נרגילה / ☐ מקטרת / ☐ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ ☐ סיגריות / ☐ סיגרים / ☐ נרגילה / ☐ מקטרת, ☐ סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.				
	שם הילד: _____	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ סיגריות / ☐ סיגרים / ☐ נרגילה / ☐ מקטרת / ☐ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ ☐ סיגריות / ☐ סיגרים / ☐ נרגילה / ☐ מקטרת, ☐ סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.				
	שם הילד: _____	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ סיגריות / ☐ סיגרים / ☐ נרגילה / ☐ מקטרת / ☐ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ ☐ סיגריות / ☐ סיגרים / ☐ נרגילה / ☐ מקטרת, ☐ סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.				
מועמדת ראשי משני ילד 1 ילד 2 ילד 3 ילד 4 ילד 5 ילד 6 ילד 7 ילד 8						
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.						
1. האם בעשר השנים האחרונות: ☐ אושפזת (1) ☐ נותחת (28) 2. האם עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות ב-5 השנים האחרונות לגילוי/אבחון של: ☐ סרטן (יש לפרט סוג סרטן) ☐ (26) ☐ בעיות לב ☐ בדיקות הדמיה (כגון US, MRI, CT) ☐ מחלות ניווניות/כרוניות ☐ טרשת נפוצה ☐ הנטינגטון ☐ כליות ☐ פוליו ☐ ציסטות פרקינסון ☐ מיפוי עצמות ☐ בדיקות עם ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי ☐ בדיקה לגלוי איידס						
3. האם בחמש השנים האחרונות: ☐ הנך בטיפול רפואי או תרופתי ☐ הנך במעקב רפואי ☐ הומלץ לך על טיפול רפואי או תרופתי ☐ נדרשת למעקב רפואי						
4. האם בחמש השנים האחרונות סבלת מ: ☐ סכרת ☐ (6) ☐ יתר לחץ הדם ☐ (8) ☐ יתר שומנים בדם ☐ (7).						
5. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות: ☐ בירידה בקוגניציה ☐ בירידה בזיכרון						
6. האם נקבעו לך אחוזי נכות ממחלה/תאונה/מום או הגשת בקשה לקביעתם? ☐ (3) 7. האם נפצעת/סבלת משבר ב-5 השנים האחרונות? ☐ (3)						
7. האם אובחנת כלוקה ב: מחלת נפש ☐ הפרעה נפשית ☐ חרדה ☐ דיכאון ☐ הפרעות אכילה ☐ אם כן, נא למלא שאלון בעיות נפשיות ☐ (13) ולצרף מכתב רופא מפורט.						
8. האם השתמשת או שהנך משתמש ב: ☐ סמים ☐ (4) ☐ אלכוהול ☐ (5) נא לפרט סוג, כמות ותדירות.						
9. תולדות משפחה: האם, למיטב ידיעתך, קרוביך מדרגה ראשונה (הורים/אחים) לקו באחת או יותר מהבעיות הר"מ: ☐ סרטן ☐ שחלות ☐ סרטן מעי ☐ סרטן ערמונית (פרוסטטה) ☐ מחלות ניוון שרירים/נוירון מוטורי ☐ טרשת נפוצה ☐ הנטינגטון ☐ מחלות לב לרבות התקף לב, צנתור, קרדיומיופתיה ☐ כליות ☐ פוליציסטיט ☐ אלצהיימר ☐ פרקינסון ☐ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון ☐ (27)						

07.2026 מדינת ישראל

***3453**

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

1 מתוך 3



^dt.2498

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
ב. האם הנר סובל או שיש לך סימני הבעיות/מחלות המפורטות מטה? כמו כן היכן שיש מס' שאלון בסוגריים, יש לצרף השאלון המתאים. אם אין שאלון בנושא יש לצרף מסמכים רפואיים.											
1. ☐ בעיות ומחלות מערכת העצבים והמוח ☐ ארוע מוחי ☐ שיתוק ☐ הפרעות תחושה/תנועה ☐ אפילפסיה (9) ☐ שיתוק מוחין ☐ פרקינסון ☐ טרשת נפוצה ☐ הפרעות קשב וריכוז (10) ☐ אוטיזם ☐ פיגור (יפנה להורה או אפוטרופוס של קטין/פסול דין) ☐ תסמונת דאון											
2. ☐ בעיות ומחלות ריאות ודרכי הנשימה ☐ אסטמה ☐ ברונכיטיס ☐ אמפיזמה ☐ מחלת ריאות חסימתית ☐ שחפת ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (11)											
3. ☐ בעיות ומחלות לב וכלי הדם ☐ התקף לב ☐ קרדיומיופטיה ☐ טרומבוזת ☐ מחלת לב איסכמית ☐ אי ספיקת לב ☐ הפרעות קצב הלב ☐ בעיות מסתמי הלב ☐ מומי לב ☐ דלקת כלי הדם/וסקוליטיס (27)											
4. ☐ בעיות דם וקרישה ☐ אנמיה (12)											
5. ☐ בעיות ומחלות כבד ☐ הפטיטיס/צהבת ☐ שחמת הכבד ☐ כבד שומני ☐ הפרעה בתפקודי הכבד											
6. ☐ בעיות מעיים ודרכי העכול ☐ קרוהן ☐ קוליטיס ☐ אולקוס/כיב קיבה ☐ מעי רגיש ☐ פיטוריה ☐ טחורים ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (15)											
7. ☐ בעיות ומחלות כליות ודרכי השתן ☐ אי ספיקת כליות ☐ כליות פוליציסטיות ☐ דם או חלבון בשתן ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (16)											
8. ☐ בעיות ומחלות בלוטות ☐ ערמונית/פרוסטטה (20) ☐ בלוטת המגן/התריס (21) ☐ יותרת המוח ☐ יותרת הכליה ☐ בלוטת הרוק ☐ הלבלב											
9. ☐ בעיות ומחלות מין ועור ☐ אלרגיות ☐ פסוריאזיס (25) ☐ שומות במעקב (26)											
10. ☐ מחלת איידס ☐ נשאות איידס											
11. ☐ מחלות ובעיות פרקים ועצמות ☐ דלקת פרקים ☐ בעיות בכו, צוואר, עמוד השדרה (24) ☐ פיברומיאלגיה (17) ☐ גאוס (18) ☐ פוליו ☐ בריחת סידן ☐ אנקילוזינג ספונדיליטיס											
12. ☐ סרטן ☐ מחלות ממאירות ☐ גידולים (ממאירים או שפירים) ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (26)											
13. ☐ מחלות אוטואימוניות ☐ מחלות ניווניות ☐ מחלות כרוניות ☐ הנטינגטון ☐ פוליו ☐ לופוס/זאבת ☐ ניוון שרירים ☐ סרקואידוזיס ☐ מחלות ו/או הפרעות אנדוקרינולוגיות ☐ F.M.F (19)											
14. ☐ בעיות ומחלות עיניים וראיה ☐ גלאוקמה ☐ רטיניטיס פיגמנטוזה ☐ קוצר ראיה (מעל 8) ☐ קרטוקונוס ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (22)											
15. ☐ בעיות אזניים ושמיעה ☐ דום נשימה ☐ סחרחורות ☐ הפרעות בשיווי משקל ☐ מיגרנה/כאבי ראש ☐ בעיות אף וגרון ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (23)											
16. ☐ האם בחמש שנים אחרונות סבלת או שיש לך סימנים ל: ☐ בקע /הרניה כולל מפשעת, בטני, טבורי, סרעפתי											
17. לנשים מגיל 18 בלבד: ☐ בעיות ומחלות גניקולוגיות ☐ אנדומטריוזיס ☐ דימומים ☐ מחלות שדיים ☐ בעיות פריון ☐ הפלות חוזרות ☐ ניתוח קיסרי ☐ הגדלת חזה ☐ האם כעת את בהיריון? (29)											
18. ילדים עד גיל 18 בלבד: ☐ הפרעה/עיכוב התפתחותי בגיבו הומלץ על מעקב/טיפול רפואי ☐ הפרעה/עיכוב בגדילה ☐ גולד/ה פג (ילדים עד גיל 3 יש לצרף מכתב עדכני מרופא ילדים) ☐ הפרעה או בעיה רגשית? ☐ חר/שפה שסועה - האם נותח/ה? "כן" - מתי? "לא" - האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ כן ☐ לא אשר תמיר - האם נותח/ה? "כן" - מתי? "לא" - האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ כן ☐ לא											

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
ג. הצהרת בריאות לתינוק עד גיל חצי שנה למילוי על ידי ההורים בלבד 1. האם המבוטח נולד לפני שבוע 36 או האם התינוק נולד פג? 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? ☐ כן ☐ לא											
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? ☐ כן ☐ לא											

ד. הערות - פירוט ממצאים חיוביים:			
שם המועמד	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא, אירועים חוזרים כן/לא, סוג טיפול (תרופה/ניתוח וכדומה)	שם המועמד

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:	מספר ת.ז.:	חתימה: