



הצהרת בריאות מקוצרת - ביטוח ריסק

סכום ביטוח מקסימלי 1,000,000 ₪ | גיל כניסה ביטוחי 20 עד 55

סכומי הביטוח מצטברים וכוללים סכומי ביטוח קיימים וחדשים לכל מועמד בכל הפוליסות וההצעות בחברה.

מועמד ראשי	פרטים אישיים	שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות	תאריך לידה
		גובה	משקל	שם קופת חולים	סניף	כתובת	
מועמד משני <td rowspan="2">פרטים אישיים <td colspan="2">שם משפחה</td> <td colspan="2">שם פרטי</td> <td>תעודת זהות</td> <td>תאריך לידה</td> </td>	פרטים אישיים <td colspan="2">שם משפחה</td> <td colspan="2">שם פרטי</td> <td>תעודת זהות</td> <td>תאריך לידה</td>	שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות	תאריך לידה
		גובה	משקל	שם קופת חולים	סניף	כתובת	
<p>האם הנך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>אם כן: <input type="checkbox"/> אני מעשן/עישנתי בשנתיים אחרונות: _____ <input type="checkbox"/> סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת / <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.</p>							

הצהרת בריאות

מועמד ראשי	מועמד משני	מועמד ראשי		מועמד משני		שאלה
		כן	לא	כן	לא	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם בחמש שנים האחרונות השתמשת או שהנך משתמש ב: <input type="checkbox"/> סמים (שאלון 4) <input type="checkbox"/> אלכוהול (שאלון 5) נא לפרט סוג, כמות ותדירות.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. האם בשלוש שנים אחרונות אושפזת בבית חולים מעל יומיים (שאלון 1)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. האם בשנתיים אחרונות נותחת או המליצו לך ו/או בכוונתך לעבור ניתוח (שאלון 28)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. האם בשלוש שנים האחרונות: <input type="checkbox"/> הנך בטיפול רפואי או תרופתי או הומלץ לך להיות בטיפול רפואי או תרופתי? <input type="checkbox"/> הנך במעקב רפואי או הומלץ לך להיות במעקב רפואי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. האם בחמש שנים האחרונות עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות ו/או הנך נמצא/ת היום במהלך בדיקות שטרם הסתיימו וטרם נקבעה בגינן אבחנה סופית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא כגון: קולופוסקופיה, ממוגרפיה, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, בדיקות לאבחון בעיות לב כגון צנתור, מיפוי לב, אקו לב, בדיקות הדמיה: c.t/m.r., אולטרסאונד (למעט במעקב הריון), מיפוי עצמות, בדיקות דם ושתן (למעט שגרתיות) בדיקה לגילוי איידס. אם כן, יש לפרט איזה בדיקות ומה היו תוצאותיהן: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. האם אובחנה אצלך כיום או בעבר מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים הבאים: א. לב וכלי דם (שאלון 21), מחלות דם (לרבות הפרעות קרישה), יתר לחץ דם (שאלון 8) או שומנים בדם (שאלון 7) ב. סוכרת מכל סוג לרבות סוכרת הריון (שאלון 6) ג. סרטן / מחלה ממארת או גידולים ממאירים או חשש לגידול (שאלון 26) ד. מחלות עיכול/מעיים כגון: קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס <input type="checkbox"/> מחלות כבד, הפרעה בתפקודי כבד שחמת או צהבת או מחלות לבלב (*מכתב מרופא) (שאלון 15) ה. מוח ומערכת עצבים (*מכתב רופא) (שאלון 9) ו. ריאות ונשימה: (שאלון 11) ז. הפרעה ו/או מחלה נפשית כגון דיכאון, חרדה, פוסט טראומה, מחלת נפש, אשפוז פסיכיאטרי (שאלון 13) ח. כליות וזרכי השתן (*מכתב מרופא) (שאלון 16) ט. מחלות זיהומיות/חיסוניות: איידס/נשאות איידס, לופוס (זאבת), דלקת פרקים, סקלרודרמה, מחלת חום מעל 3 חודשים (*מכתב רופא) י. האם נקבעה לך נכות מעל 35% בגין מום מולד או נרכש, פגיעה או מחלה או שהנך נמצא/ת בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או נמצא כעת באי כושר לעבודה? (*מכתב רופא / פרוטוקול קביעת נכות).

***3453**

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

1 מתוך 2

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)
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 המועמד הראשי:	מספר ת.ז.: חתימה *
תאריך	שם המועמד המשני:	מספר ת.ז.: חתימה *

הצהרה - ויתור על סודיות רפואית		
אני הח"מ, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת חולים ובתי חולים, עובדיהם, רופאיהם, מכוניהם הרפואיים ומעבדותיהן ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לבטוח לאומי על עובדיו או למשרד הביטחון וצה"ל ו/או למשטרת ישראל ו/או לרשויות מקומיות ומשרדי הממשלה על עובדיהם ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או שירות התעסוקה ו/או לחברות בטוח אחרות על עובדיהן ו/או קרנות הפנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בי אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאותי ו/או מצוי בידי חומר כזה שהועבר ע"י צד ג' כלשהו ככל שהדבר דרוש לביורור ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך בחינת הליך הצטרפותי לביטוח המבוקש למסור להכשרה חברה לבטוח בע"מ כל מידע רפואי אודותי, מחלות שיש לי בהווה או שהיו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בהווה או קבלתי בעבר או שאקבל בעתיד ו/או צילומים מדו"חות האשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימת הרופאים אצלם ביקרתי.		
כתב וויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, את יורשיי, את מוטביי, את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי. אני מוותר על סודיות זו כלפי הח"מ ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה כלפי המוסדות או למי מהרופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירותים שלהם.		
תאריך	שם המועמד הראשי:	מספר ת.ז.: חתימה *
תאריך	שם המועמד המשני:	מספר ת.ז.: חתימה *
פרטי העד לחתימה: סוכן ביטוח / עו"ד / רופא		
תאריך:	שם מלא:	מספר ת.ז.: מספר רישיון: חתימה + חותמת: *

תהליך הצטרפות:		
לחברה שמורה הזכות לבחון את הצהרות הבריאות ולהסתמך על הפרטים בהן לצורך החלטה אם לקבל את ההצעה או לדחותה.		
יובהר, כניסתו לתוקף של חוזה הביטוח תחול רק לאחר המצאת אישור בכתב מהחברה על קבלת כל המועמדים לביטוח. אם בטופס הצעה זה מתבקש צירוף לביטוח של יותר ממועמד אחד, וחלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך חיתום ו/או בירור תנאים ו/או קבלה לביטוח, הפוליסה לא תופק ולא תיכנס לתוקף עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח וזאת עד להשלמת התהליך עבור כלל המועמדים לביטוח.		
<input type="checkbox"/> בסימון משבצת זו, אני מביעה את רצוני שאם חלק מהמועמדים בטופס ההצעה נדרשים להליך חיתום ובירור בטרם קבלה לביטוח, החברה תפיק את פוליסת הביטוח עבור המועמדים אשר לא נדרש לגביהם המשך הליכי חיתום, וזאת מבלי להמתין להשלמת הליכי החיתום והקבלה לביטוח של יתר המועמדים.		
תאריך	חתימת מועמד ראשי *	חתימת מועמד משני *

*3453

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

מתוך 2