



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: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / _____ סיגרים / _____ נרגילה / _____ מקטרת / _____ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.				
	משני	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / _____ סיגרים / _____ נרגילה / _____ מקטרת, _____ סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.				
	שם הילד:	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / _____ סיגרים / _____ נרגילה / _____ מקטרת, _____ סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.				
	שם הילד:	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ 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
א. שאלות כלליות: אם אחת או יותר מהתשובות חיוביות/נא, 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) ☐ יעצו לך לעבור ניתוח (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 ביונוניות/כרוניות ☐ טרשת נפוצה ☐ הנטינגטון ☐ כליות ☐ פוליו ☐ ציסטות פרקינסון ☐ מיפוי עצמות ☐ בדיקות עם ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי ☐ בדיקה לגליון איידס	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. האם בחמש השנים האחרונות: ☐ הנך בטיפולי 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). ☐ אם כן, נא צרף שאלון מתאים	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות: ☐ בירידה בקוגניציה ☐ בירידה בזיכרון	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. האם נקבעו לך אחוזי נכות ממחלה/תאונה/מום או הגשת בקשה לקביעתם? (3) ☐ 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.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
מועמד האם הנך סובל או סבלת 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 ורכוז (10) ☐ אוטיזם ☐ פיגור (יפנה להורה או אפוטרופוס של קטין/פסול דין)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*3453



^dt2498

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

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
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
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 ☐ קרדיומיופתייה ☐ טרומבוזת ☐ מחלת לב איסכמית ☐ אי ספיקת לב ☐ הפרעות קצב הלב ☐ בעיות מסתמי הלב ☐ מומי לב ☐ דלקת כלי הדם/וסקוליטיס 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 רגז ☐ פיסורה ☐ 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 ☐ הלבבל									
9. בעיות ומחלות מין ועור ☐ אלרגיות ☐ פסוריאזיס (25) ☐ שומות במעקב (26)									
10. מחלת איידס ☐ נשאות איידס									
11. מחלות ובעיות פרקים ועצמות ☐ דלקת פרקים ☐ בעיות בגב, 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 ביוניות ☐ 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 ראייה (מעל 8) ☐ קרטיקופוס 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 מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי									
17. לנשים מגיל 18 בלבד: ☐ בעיות ומחלות גינקולוגיות ☐ אנדומטריוזיס ☐ דימומים ☐ מחלות שדיים ☐ בעיות פרוין ☐ הפלות חוזרות ☐ ניתוח קיסרי ☐ הגדלת חזה ☐ האם כעת את בהיריון?									
18. ילדים עד גיל 18 בלבד: ☐ הפרעה/עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ על מעקב/טיפול רפואי ☐ הפרעה/עיכוב בגדילה ☐ נולד/ה פג (ילדים עד גיל 3 יש לצרף מכתב עדכני מרופא ילדים) ☐ הפרעה או בעיה רגשית? ☐ חר/שפה שסועה - האם נותח/ה? ☐ מתי? ☐ "לא" - האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ כן ☐ לא ☐ אשר תמיר - האם נותח/ה? ☐ מתי? ☐ "לא" - האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ כן ☐ לא									

ג. בעת רכישת כיסוי למחלות קשות יש לענות גם על השאלה הבאה:

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
1. תולדות משפחה: האם, למיטב ידיעתך, קרוביך מדרגה ראשונה (הורים/אחים/ילדים) לקו באחת או יותר מהבעיות הר"מ: ☐ סרטן השד ☐ סרטן שחלות ☐ סרטן מעי ☐ סרטן ערמונית (פרוסטטה) ☐ מחלות ניוון שרירים/ניוון מוטורי ☐ טרשת נפוצה ☐ הנטינגטון ☐ מחלות לב לרבות התקף לב, צנתור, קרדיומיופתייה ☐ כליות פוליציסטיות ☐ אלצהיימר ☐ פרקינסון ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (27)									

ד. הערות - פירוט ממצאים חיוביים:

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

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**