

**הצהרת בריאות מקוצרת - ביטוח לריסק ומשכנתא**

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	פרטים אישיים	שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות	תאריך לידה
		גובה	משקל	שם קופת חולים	סניף	כתובת	
האם הנך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות? ☐ לא ☐ כן אם כן: ☐ אני מעשן/עישנתי בשנתיים אחרונות: ☐ סיגריות / ☐ סיגרים / ☐ נרגילה / ☐ מקטרת ☐ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.							

שאלות כלליות	מועמד ראשי		מועמד משני		
	האם הנך עוסק/ת בפעילות ספורטיבית אתגרית ו/או יש לך תחביב מסוכן (כגון: תעופה ספורטיבית, ספורט מוטורי או ימי, טיפוס, צליה, אומנויות לחימה)?		☐ לא ☐ כן צרף שאלון תחביבים ועיסוקים		
	האם יש לך עיסוק מסוכן (כגון חומרים כימיים/רדיואקטיביים/קרינה) או שיש סיכון מיוחד באורח חייך או עיסוקך?		☐ לא ☐ כן צרף שאלון תחביבים ועיסוקים		
	האם הנך בעל/ת רישיון טיס או איש צוות אוויר?		☐ לא ☐ כן צרף שאלון תחביבים ועיסוקים		
תאריך:		חתימת המועמד ראשי:		חתימת המועמד משני: *	

הצהרת בריאות

מועמד ראשי	מועמד משני	שאלה		
כן	לא	כן	לא	
☐	☐	☐	☐	1. האם בחמש שנים האחרונות השתמשת או שהנך משתמש ב: סמים (שאלון 4) ☐ אלכוהול (שאלון 5) ☐ נא לפרט סוג, כמות ותדירות.
☐	☐	☐	☐	2. האם בשלוש שנים אחרונות אושפזת בבית חולים מעל יומיים (שאלון 1) ☐
☐	☐	☐	☐	3. האם בשנתיים אחרונות נותחת או המליצו לך ו/או בכוונתך לעבור ניתוח (שאלון 28) ☐
☐	☐	☐	☐	4. האם בשלוש שנים האחרונות: ☐ הנך בטיפול רפואי או תרופתי או הומלץ לך להיות בטיפול רפואי או תרופתי? ☐ הנך במעקב רפואי או הומלץ לך להיות במעקב רפואי?
☐	☐	☐	☐	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? ☐ כן ☐ לא כגון: קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, בדיקות לאבחון בעיות לב כגון צנתור, מיפוי לב, אקו לב, בדיקות הדמיה: c.t/m.r.i., אולטרסאונד (למעט במעקב הריון), מיפוי עצמות, בדיקות דם ושתן (למעט שגרתיות) בדיקה לגילוי איידס. אם כן, יש לפרט איזה בדיקות ומה היו תוצאותיהן: _____
☐	☐	☐	☐	6. האם אובחנה אצלך כיום או בעבר מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים הבאים: א. לב וכלי דם בחמש שנים האחרונות (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/מעי כגון: קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס (שאלון 15) ☐ מחלות כבד, הפרעה בתפקודי כבד שחמת או צהבת או מחלות לבלב (*מכתב מרופא) ☐
☐	☐	☐	☐	ה. מוח ומערכת עצבים (*מכתב רופא) ☐
☐	☐	☐	☐	ו. ריאות ונשימה: (שאלון 11) ☐
☐	☐	☐	☐	ז. הפרעה ו/או מחלה נפשית כגון דיכאון, חרדה, פוסט טראומה, מחלת נפש, אשפוז פסיכיאטרי (שאלון 13) ☐
☐	☐	☐	☐	ח. כליות ודרכי השתן (*מכתב מרופא) ☐
☐	☐	☐	☐	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, פציעה או מחלה או שהנך נמצא/ת בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או נמצא כעת באי כושר לעבודה? (*מכתב רופא / פרוטוקול קביעת נכות). ☐

***3453**

^dt3025

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

עמוד 3 מתוך 7

הערות:		
פירוט ממצאים חיוניים:		
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 * _____

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. ☐ 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	שם המועמד הראשי	מספר ת.ז.
תאריך	שם המועמד המשני	מספר ת.ז.

הצהרה - ויתור על סודיות רפואית		
אני הח"מ, בותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת חולים ובתי חולים, עובדיהם, רופאיהם, מכונים 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 לבירור 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.
תאריך	שם המועמד המשני	מספר ת.ז.
פרטי העד לחתימה: סוכן ביטוח / עו"ד / רופא		
תאריך:	שם מלא:	מספר ת.ז. מספר רישיון: חתימה + חותמת: *

הצהרת משלם שאינו המבוטח		
אני החתום מטה, מצהיר בזאת על נכונות הפרטים אודות אופן תשלום הגביה לרבות התשלום/ים שיבוצעו/ עבור המבוטח/ים בטופס הצעה זה. ידוע לי כי כל תשלום של החברה לשלם מכוח בקשת הצטרפות זו או בקשר אליה (למעט החזר פרמיה) ישולמו לפקודת המבוטח ו/או מוטב בהתאם למקרה ולא לפקודת המשלם. למען הסר ספק אישור המס יירשם לטובת המבוטח ו/או בעל הפוליסה.		
תאריך:	שם מלא:	מס' ת"ז: זיקה למבוטח: חתימה: *

*3453

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

עמוד 4 מתוך 7