

**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 דימוע 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				
הרגלי עישון (מגיל 16)	ראשי	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / _____ סיגרטים / _____ נרגילה / _____ מקטרת / _____ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.			
	משני	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / _____ סיגרטים / _____ נרגילה / _____ מקטרת / _____ סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.			
	שם הילד:	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / _____ סיגרטים / _____ נרגילה / _____ מקטרת / _____ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.			
	שם הילד:	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / _____ סיגרטים / _____ נרגילה / _____ מקטרת / _____ סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.			
	שם הילד:	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / _____ סיגרטים / _____ נרגילה / _____ מקטרת / _____ סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.			

מועמד											
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: ☐ אושפדת (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 ניווניות/כרוניות ☐ טרשת נפוצה ☐ הנטינגטון ☐ כליות ☐ פוליו ☐ ציסטות פרקינסון ☐ מיפוי עצמות ☐ בדיקות עם ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי ☐ בדיקה לגילוי 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 נקבע 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 ☐ חדרה ☐ 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 השד ☐ סרטן שחלות ☐ סרטן מעי ☐ סרטן ערמונית (פרוסטטה) ☐ מחלות ניוון שרירים/ניוון מוטורי ☐ טרשת נפוצה ☐ הנטינגטון ☐ מחלות לב לרבות התקף לב, צנתור, קרדיומיופטיה ☐ כליות פוליציסטיות ☐ אלצהיימר ☐ פרקינסון ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (27)											
מועמד											
ב. האם הנך סובל או סבלת או שיש לך סימני הבעיות/מחלות המפורטות מטה? אם התשובה חיובית, נא לפרט בסעיף הערות. 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 (יופנה להורה או אפסורפוס 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)											

***3453**

^dt2498

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

המשך הצהרת בריאות - ביטוח בריאות/מחלות קשות

ראשי		משני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
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/וסקולטיס (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 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 ☐ 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 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 גיוניות ☐ מחלות כרוניות ☐ הנטינגטון ☐ פוליו ☐ לופוס/זאבת ☐ ניוון שרירים ☐ סרקואידוזיס ☐ מחלות ו/או הפרעות אנדוקרינולוגיות F.M.F. (19)											
14. ☐ בעיות ומחלות עיניים וראיה ☐ גלאוקומה ☐ רטיניטיס פיגמנטוזה ☐ קוצר ראייה (מעל 8) ☐ קטרקט/קטקט ☐ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (22)											
15. ☐ בעיות אזניים ושמיעה ☐ דום נשימה ☐ סחרחורת ☐ 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 גניקולוגיות ☐ אנדומטריוזיס ☐ דימומים ☐ מחלות שדיים ☐ בעיות פריון ☐ הפלות חוזרות ☐ ניתוח קיסרי ☐ הגדלת חזה ☐ האם כעת את בהיריון? (29)											
17. ילידים עד גיל 18 בלבד: ☐ הפרעה/עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ על מעקב/טיפול רפואי ☐ הפרעה/עיכוב בגדילה ☐ נולד/ה פג (לילדים 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											
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?											
2. ☐ האם הומלץ בעת השחרור ו/או לאחר השחרור על המשך מעקב ספציפי אצל רופא מומחה או רופא ילדים ו/או ממתינ לתוצאות בדיקות ו/או הומלץ לבצע בדיקות לאחר השחרור?											
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 בחתימת 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:	

*3453

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

2 מתוך 2

