הכשרה ביטוח ופיננסים

הצהרת בריאות - משכנתא/ריסק

למועמדים מגיל 65, יש לצרף מסמך רפואי מרופא מטפל אשר יכלול, ניתוחים, תרופות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקה דימות מיוחדות שבוצעו בחמש השנים האחרונות.

מועמד ראשי	**פרטים אישיים**	שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	תאריך לידה	
		גובה / משקל	שם קופת חולים	סניף	כתובת	
	הרגלי עישון	☐ 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.				
מועמד משני	**פרטים אישיים**	שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	תאריך לידה	
		גובה / משקל	שם קופת חולים	סניף	כתובת	
	הרגלי עישון	☐ 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.				

מועמד	מועמד ראשי		מועמד משני	
א. שאלות כלליות: אם אחת או יותר מהתשובות חיובית/ות, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון מתאים או מסמכים רפואיים.	**כן**	**לא**	**כן**	**לא**
1. האם בעשר השנים האחרונות: ☐ אושפזת או הופנית לאשפוז או לחדר מיון (1) ☐ האם נותחת **(28)** ☐ האם יעצו לך לעבור ניתוח? **(28)**	☐	☐	☐	☐
2. האם עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות בחמש השנים האחרונות: ☐לגילוי סרטן ☐לאבחון בעיות לב ☐בדיקות הדמיה (C.T / M.R.I) ☐מיפוי עצמות ☐בדיקות עם ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי ☐בדיקה לגילוי איידס	☐	☐	☐	☐
3. האם בחמש השנים האחרונות: ☐הנך בטיפול רפואי או תרופתי או הומלץ לך להיות בטיפול רפואי או תרופתי? ☐הנך במעקב רפואי או הומלץ לך להיות במעקב רפואי?	☐	☐	☐	☐
4. נכות, אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד? **(3)**	☐	☐	☐	☐
5. האם השתמשת או שהנך משתמש ב: ☐סמים **(4)** ☐אלכוהול **(5)** נא לפרט סוג, כמות ותדירות _____	☐	☐	☐	☐
ב. האם יש לך ו/או אובחנת ו/או הנך מטופל/ת ו/או קיימת לך אחת מהבעיות/מחלות המפורטות מטה? אם התשובה חיובית, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון ו/או מסמכים רפואיים.	**כן**	**לא**	**כן**	**לא**
1. ☐סכרת **(6)** ☐יתר שומנים בדם **(7)** ☐יתר לחץ דם בחמש השנים האחרונות **(8)**	☐	☐	☐	☐
2. ☐מערכת העצבים והמוח ☐אירוע מוחי ☐שיתוק ☐הפרעות תחושה/תנועה ☐סחרחורות ☐אפילפסיה **(9)** ☐שיתוק מוחין ☐פרקינסון ☐טרשת נפוצה ☐אוטיזם ☐פיגור יופנה להורה או אפוטרופוס של פסול דין	☐	☐	☐	☐
3. ☐האם פנית לרופא בתלונות הקשורות ב: ☐ירידה בקוגניציה ☐ירידה בזיכרון?	☐	☐	☐	☐
4. ☐ריאות ☐דרכי הנשימה ☐אסטמה ☐ברונכיטיס ☐אמפיזמה ☐מחלת ריאות חסימתית ☐ שחפת ☐ דום נשימה בשינה **(11)**	☐	☐	☐	☐
5. ☐בעיות ומחלות לב ☐בעיות ומחלות כלי הדם ☐התקף לב ☐קרדיומיופתיה ☐מחלת לב איסכמית ☐אי ספיקת לב ☐הפרעות קצב הלב ☐בעיות מסתמי הלב ☐מומי לב ☐דלקת כלי הדם/וסקוליטיס **(27)** ☐אנמיה **(12)** ☐מחלות דם (לרבות הפרעות קרישה)	☐	☐	☐	☐
6. ☐מחלת נפש ☐הפרעה נפשית ☐חרדה ☐דיכאון **(13)**	☐	☐	☐	☐
7. ☐בעיות ומחלות כבד ☐הפטיטיס/צהבת ☐שחמת הכבד ☐כבד שומני ☐הפרעה בתפקודי הכבד **(15)**	☐	☐	☐	☐
8. ☐בעיות מעיים ודרכי העיכול ☐קרוהן ☐קוליטיס ☐אולקוס/כיב קיבה **(15)**	☐	☐	☐	☐
9. ☐בעיות ומחלות כליות ודרכי השתן ☐אי ספיקת כליות ☐כליות פוליציסטיות ☐דם או חלבון בשתן **(16)**	☐	☐	☐	☐
10. ☐מחלת איידס ☐נשאות איידס	☐	☐	☐	☐
11. ☐בעיות ראומטולוגיות ☐מחלת ובעיות מפרקים ועצמות ☐דלקת פרקים ☐פיברומיאלגיה **(17)** ☐גאוט **(18)** ☐פוליו ☐אנקילוזינג ספונדיליטיס ☐F.M.F **(19)**	☐	☐	☐	☐
12. ☐סרטן ☐מחלות ממאירות ☐גידולים (ממאירים או שפירים) ☐חשד לגידול/שומות במעקב **(26)**	☐	☐	☐	☐
13. ☐מחלות אוטואימוניות ☐מחלות ניווניות ☐מחלות כרוניות ☐לופוס/זאבת ☐ניוון שרירים ☐סרקואידוזיס ☐הנטינגטון	☐	☐	☐	☐
14. ☐הפרעות ו/או מחלות אנדוקרינולוגיות ☐בעיות ומחלות בלוטות ☐ערמונית/פרוסטטה **(20)** ☐בלוטת המגן/התריס **(21)** ☐יותרת המוח ☐יותרת הכליה ☐בלוטת הרוק	☐	☐	☐	☐

גרסה 02.2026

^dt3020

הכשרה ביטוח ופיננסים

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 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 המועמד הראשי:** _____ **מספר ת.ז:** _____ **חתימה** × _____

תאריך _____ **שם המועמד משני:** _____ **מספר ת.ז:** _____ **חתימה** × _____

גרסה 02.2026