

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: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ ☐ סיגריות / ☐ סיגרים / ☐ נרגילה / ☐ מקטרת / ☐ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. ☐ 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: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ ☐ סיגריות / ☐ סיגרים / ☐ נרגילה / ☐ מקטרת / ☐ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. ☐ סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.						

מועמד ראשי				מועמד משני				מועמד			
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	א. שאלות כלליות: אם אחת או יותר מהתשובות חיוביות/ות, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון מתאים או מסמכים רפואיים.			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1. תולדות משפחה: האם, למיטב ידיעתך, קרוביך מדרגה ראשונה (הורים/אחים) לקו באחת או יותר מהבעיות הר"מ: מחלת הסרטן (יש לפרט סוג סרטן) _____, בעיות ומחלות לב ☐ סכרת ☐ מחלות ניווניות/כרוניות ☐ בעיות ומחלות נפשיות ☐ טרשת נפוצה ☐ ההנטינגטון ☐ כליות פוליציסטיות ☐ פרקינסון ☐ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (27)			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	2. האם בעשר השנים האחרונות: ☐ אושפזת או הופנית לאשפוז או לחדר מיון (1) ☐ האם נותחת (28) ☐ האם יעצו לך לעבור ניתוח? (28)			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	3. 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			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	4. 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?			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	5. נכות, אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד? (3)			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	6. האם השתמשת או שהנך משתמש ב: ☐ סמים (4) ☐ אלכוהול (5) ☐ נא לפרט סוג, כמות ותדירות _____			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	ב. האם יש לך /או אובחנת/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.			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1. ☐ סכרת (6) ☐ יתיר שומנים בדם (7) ☐ יתיר לחץ דם בחמש השנים האחרונות (8)			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	2. ☐ מערכת העצבים והמוח ☐ אירוע מוחי ☐ שיתוק ☐ הפרעות תחושה/תנועה ☐ סחרחורת ☐ אפילפסיה (9) ☐ שיתוק מוחין ☐ פרקינסון ☐ טרשת נפוצה ☐ אוטיזם ☐ פיגור יופנה להורה או אפטרופוס 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 ☐ קרדיומיופתי ☐ טרומבוזת ☐ מחלת לב איסכמית ☐ אי ספיקת לב ☐ הפרעות קצב הלב ☐ בעיות מסתמי הלב ☐ מומי לב ☐ דלקת כלי הדם/וסקוליטיס ☐ אנמיה (12) ☐ בעיות קרישה			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	6. ☐ מחלת נפש ☐ הפרעה נפשית ☐ חרדה ☐ דיכאון (13)			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	7. ☐ בעיות ומחלות כבד ☐ הפטיטיס/צהבת ☐ שחמת הכבד ☐ כבד שומני ☐ הפרעה בתפקודי הכבד			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	8. ☐ בעיות מעיים ☐ דרכי העיכול ☐ קרוהן ☐ קוליטיס ☐ אולקוס/כיב קיבה			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	9. ☐ בעיות ומחלות כליות ☐ דרכי 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 ☐ ההנטינגטון			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	14. ☐ הפרעות ו/או מחלות אנדוקרינולוגיות ☐ בעיות ומחלות בלוטות ☐ ערמונית/פרוסטטה (20) ☐ בלוטת המגן/התריס (21) ☐ יתרת המוח ☐ יתרת הכלבה ☐ בלוטת הרוק ☐ הלבלב			

01.2025 год



***3453**

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

1 מתור 2

הערות:		
פירוט ממצאים חייביים:		
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 עובדין 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: *