קוד מסמך 3025

הכשרה ביטוח ופיננסים

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

		מועמד ראשי	**מועמד משני**
שאלות כלליות	האם הנך עוסק/ת בפעילות ספורטיבית אתגרית ו/או יש לך תחביב מסוכן (כגון: תעופה ספורטיבית, ספורט מוטורי או ימי, טיפוס, צניחה, צלילה, אומנויות לחימה)?	☐ לא ☐ כן צרף שאלון תחביבים ועיסוקים	☐ 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	☐ לא ☐ כן צרף שאלון תחביבים ועיסוקים
	האם הנך בעל/ת רישיון טיס או איש צוות אוויר?	☐ לא ☐ כן צרף שאלון תחביבים ועיסוקים	☐ לא ☐ כן צרף שאלון תחביבים ועיסוקים
	תאריך: _____ **חתימת המועמד ראשי:×** _____ **חתימת המועמד משני:** × _____		

הצהרת בריאות

		מועמד ראשי כן	מועמד ראשי לא	מועמד משני כן	מועמד משני 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? כגון: קולופוסקופיה, ממוגרפיה, ביופסיה, דם סמוי, 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:	**כן**	**לא**	**כן**	**לא**
	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).	☐	☐	☐	☐

גרסה 12.2024

*3453

^dt3025