

המשך הצהרת בריאות - ביטוח בריאות/מחלות קשות

ראשי	משני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		ילד 5		ילד 6		ילד 7		ילד 8	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
<p>2. בעיות ומחלות ריאות ודרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> ברונכיטיס <input type="checkbox"/> אמפיזמה <input type="checkbox"/> מחלת ריאות חסימתית <input type="checkbox"/> שחפת <input type="checkbox"/> כלל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (11)</p>																		
<p>3. בעיות ומחלות לב וכלי הדם <input type="checkbox"/> התקף לב <input type="checkbox"/> קרדיומיופטיה <input type="checkbox"/> טרומבозה <input type="checkbox"/> מחלת לב איסכמית <input type="checkbox"/> אי ספיקת לב <input type="checkbox"/> הפרעות קצב הלב <input type="checkbox"/> בעיות מסתמי הלב <input type="checkbox"/> מומי לב <input type="checkbox"/> דלקת כלי הדם/וסקוליטיס (27)</p>																		
<p>4. בעיות דם וקרישה <input type="checkbox"/> אנמיה (12)</p>																		
<p>5. בעיות ומחלות כבד <input type="checkbox"/> הפטיטיס/צהבת <input type="checkbox"/> שחמת הכבד <input type="checkbox"/> כבד שומני <input type="checkbox"/> הפרעה בתפקודי הכבד</p>																		
<p>6. בעיות מעיים ודרכי העכול <input type="checkbox"/> קרוהן <input type="checkbox"/> קוליטיס <input type="checkbox"/> אולקוס/כיב קיבה <input type="checkbox"/> מעי רגז <input type="checkbox"/> פיסורה <input type="checkbox"/> טחורים <input type="checkbox"/> כלל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (15)</p>																		
<p>7. בעיות ומחלות כליות ודרכי השתן <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> דם או חלבון בשתן <input type="checkbox"/> כלל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (16)</p>																		
<p>8. בעיות ומחלות בלוטות <input type="checkbox"/> ערמונית/פרוסטטה (20) <input type="checkbox"/> בלוטת המגן/התריס (21) <input type="checkbox"/> יותרת המוח <input type="checkbox"/> יותרת הכליה <input type="checkbox"/> בלוטת הרוק <input type="checkbox"/> הבלב</p>																		
<p>9. בעיות ומחלות מין ועור <input type="checkbox"/> אלרגיות <input type="checkbox"/> פסוריאזיס (25) <input type="checkbox"/> שומות במעקב (26)</p>																		
<p>10. מחלת איידס <input type="checkbox"/> נשאות איידס</p>																		
<p>11. מחלות ובעיות פרקים ועצמות <input type="checkbox"/> דלקת פרקים <input type="checkbox"/> בעיות בגב, צוואר, עמוד השדרה (24) <input type="checkbox"/> פיברומיאלגיה (17) <input type="checkbox"/> גאוס (18) <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> בריחת סידן <input type="checkbox"/> אנקילוזינג ספונדיליטיס</p>																		
<p>12. סרטן <input type="checkbox"/> מחלות ממארות <input type="checkbox"/> גידולים (ממארים או שפירים) <input type="checkbox"/> כלל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (26)</p>																		
<p>13. מחלות אוטואימוניות <input type="checkbox"/> מחלות ביוניות <input type="checkbox"/> מחלות כרוניות <input type="checkbox"/> הנטינגטון <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> לופוס/זאבת <input type="checkbox"/> ניוון שרירים <input type="checkbox"/> סרקואידוזיס <input type="checkbox"/> מחלות ו/או הפרעות אנדוקרינולוגיות <input type="checkbox"/> F.M.F (19)</p>																		
<p>14. בעיות ומחלות עיניים וראיה <input type="checkbox"/> גלאוקמה <input type="checkbox"/> רטיניטיס פיגמנטוזה <input type="checkbox"/> קוצר ראייה (מעל 8) <input type="checkbox"/> קרטוקונוס <input type="checkbox"/> כלל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (22)</p>																		
<p>15. בעיות אזניים ושמיעה <input type="checkbox"/> דום נשימה <input type="checkbox"/> סחרחורת <input type="checkbox"/> הפרעות בשיווי משקל <input type="checkbox"/> מגרבה/כאבי ראש <input type="checkbox"/> בעיות אף וגרון <input type="checkbox"/> כלל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (23)</p>																		
<p>16. האם בחמש שנים אחרונות סבלת או שיש לך סימנים ל: <input type="checkbox"/> בקע <input type="checkbox"/> הרניה כולל מפשעת, בטני, טבורי, סרעפתי</p>																		
<p>17. לנשים מגיל 18 בלבד: <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות גניקולוגיות <input type="checkbox"/> אנדומטריוזיס <input type="checkbox"/> דימומים <input type="checkbox"/> מחלות שדיים <input type="checkbox"/> בעיות פרייון <input type="checkbox"/> הפלות חוזרות <input type="checkbox"/> ניתוח קיסרי <input type="checkbox"/> הגדלת חזה <input type="checkbox"/> האם כעת את בהיריון? (29)</p>																		
<p>18. ילדים עד גיל 18 בלבד: <input type="checkbox"/> הפרעה/עיכוב התפתחותי בגיני הומלץ על מעקב/טיפול רפואי <input type="checkbox"/> הפרעה/עיכוב בגדילה <input type="checkbox"/> מולד/ה פג (ילידים עד גיל 3 יש לצרף מכתב עדכני מרופא ילדים) <input type="checkbox"/> הפרעה או בעיה רגשית? <input type="checkbox"/> חר/שפה שסועה - האם נותח/ה? <input type="checkbox"/> "כן" - מתי? <input type="checkbox"/> "לא" - האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אשר תמיר - האם נותח/ה? <input type="checkbox"/> "כן" - מתי? <input type="checkbox"/> "לא" - האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>																		
<p>ג. בעת רכישת יסו למחלות קשות יש לענות גם על השאלה הבאה:</p>																		
<p>1. תולדות משפחה: (ילידים מגיל 18) <input type="checkbox"/> האם, למיטב ידיעתך, קרוביך מדרגה ראשונה (הורים/אחים) לקו באחת או יותר מהבעיות הר"מ: <input type="checkbox"/> סרטן השד <input type="checkbox"/> סרטן שחלות <input type="checkbox"/> סרטן מעי <input type="checkbox"/> סרטן ערמונית (פרוסטטה) <input type="checkbox"/> מחלות ביון שרירים/נוירון מוטורי <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הנטינגטון <input type="checkbox"/> מחלות לב לרבות התקף לב, צנתור, קרדיומיופטיה <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> אלצהיימר <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> כלל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (27)</p>																		

***3453**

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

ד. הצהרת בריאות לתינוק עד גיל חצי שנה למילוי על ידי ההורים בלבד				
פירוט	מבוטח		שאלה	מס' 1
	כן	לא		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	באיזה שבוע נולד התינוק? 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?	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם הומלץ בעת השחרור ו/או לאחר השחרור על המשך מעקב ספציפי אצל רופא מומחה או רופא ילדים ו/או ממתין לתוצאות בדיקות ו/או הומלץ לבצע בדיקות לאחר השחרור?	2

ה. הערות - פירוט ממצאים חיוביים:					
שם המועמד	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא (תרופה/ניתוח וכדומה)	שם המועמד	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא (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 מועמד ראשי: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה: _____

תאריך: _____ שם מועמד משי: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה: _____