



# אליהו חברה לבטוח בע"מ

"בית אליהו" רח' אבן גבירול 2, ת.ד. 697 תל-אביב 61006, טל: 6920911

שם הסוכן: \_\_\_\_\_

מס' הסוכן: \_\_\_\_\_

מפקח: \_\_\_\_\_

## הצהרת בריאות

טופס זה הינו חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח חיים

המועמד לביטוח

| שם משפחה  | שם פרטי | תאריך לידה | מס' ת.ז. | שם האב |
|---|---------|------------|----------|--------|
| <p><b>תולדות משפחה</b> (הורים, ילדים, אחים ואחיות): האם היו להם מחלות לב, יתר לחץ דם, סכרת, מחלות סרטניות, אלצהיימר, פרקינסון, מחלות נפשיות, טיפול פסיכולוגי ו/או פסיכיאטרי ו/או נסיונות התאבדות, מקרי מוות – פרט גיל, מחלה או סיבת מוות.</p> |         |            |          |        |
| <p><b>קופת חולים:</b> שם הקופה _____ שם רופא המשפחה וכתובתו _____</p>   |         |            |          |        |
| <p><b>שרות צבאי:</b> האם שרתת בצבא: כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> האם שוחררת מטעמי בריאות: לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> פרט: _____</p>   |         |            |          |        |

על השאלות הבאות יש לסמן את התשובה "כן" או "לא" בגוף השאלון. אם התשובה חיובית ("כן") – יש לציין את מספר השאלה במקום המיועד לתשובות על ממצאים חיוביים ולפרט תאריכים, סוג המחלה, טיפולים, טרופות, המצב הנוכחי, סיכומי מחלה וכו'. (אין לרשום הערות בין השאלות)

| שאלות כלליות  | כן | לא | האם היו למועמד המחלות או סימני המחלות המפורטות מטה?  | כן | לא |
|---|----|----|--|----|----|
| 1. משקל _____ ק"ג גובה _____ ס"מ האם חל שינוי במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?   |    |    | 17. מחלות מערכת העצבים והמוח, שיתוקים, הפרעות תנועה ו/או תחושה. סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, אפילפסיה, הפרעות נפשיות, טיפול פסיכולוגי ו/או פסיכיאטרי ו/או נסיונות התאבדות.  |    |    |
| 2. האם אושפזת אי פעם בבי"ח או מוסד? (איזה, מתי, סיבה, טיפולים).   |    |    | 18. מחלות דרכי הנשימה והריאות כמו אסטמה, שחפת, דלקות ריאה כרוניות, גניחת דם, שיעול ממושך.  |    |    |
| 3. האם נבדקת בשנתיים האחרונות ע"י רופא כלשהו / האם הנך בבירור רפואי כלשהו? (פרט סיבה, תוצאות וטיפולים).   |    |    | 19. מחלות לב וכלי הדם מסוג כלשהו: התקף לב, אוטם, טרומבוזה, קרדיומיופטיה, בעיות מסתמים, אנגינה פקטוריס, מומי לב מולדים או נרכשים, כאבים או לחץבחה, קוצר נשימה, אי ספיקת לב, מחנק, הפרעות קצב הלב, דפיקות לב, אושיות, הפרעות במחזור הדם ברגלים עם כאבים או בצקות, יתר לחץ דם, ריזידים מורחבים. |    |    |
| 4. האם עשוי לך פעם ניתוח או יעצו לך לעשות ניתוח?  |    |    | 20. מחלות כבד, הפרעות בתפקודי כבד, מחלות דרכי העיכול, אולקוס (כיב) קיבה או תריסרון, צרבת, הפרעות בליעה, מחלות מעיים, דימום בדרכי העיכול העליונים, דימום רקטלי, כיס מרה, צהבה, הקאה חוזרת.  |    |    |
| 5. האם נפצעת פעם? האם יש לך ככות כלשהו? אם כן, מהו האחוז והסיבה לככות. האם אתה מקבל פיצויים בגין ככות כגון קיצבה או פיצוי בגין אי כושר עבודה?   |    |    | 21. מחלות כליות ודרכי השתן, דלקות ואבנים בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן, מחלות הערמונית (פרוסטטה).   |    |    |
| 6. האם עברת ב-5 השנים האחרונות בדיקות רפואיות כמו א.ק.ג., צילומי רנטגן שונים (חזה, דרכי עיכול, כליות, עצמות ועוד), בדיקות מיפוי, אקו, צינתור, טומוגרפיה ממוחשבת (M.R.I, C.T), בדיקות דם, ספירת דם, בדיקת שתן, דם סמוי? (פרט סיבה מועד ותוצאות בלתי תקינות). |    |    | 22. מחלות חילוף חומרים, מחלת בלוטות, הגדלת בלוטות, שומנים גבוהים בדם, מחלת השיגרון (פודגרה), מחלות חום ממושכות, עמילואידוזיס מחלת דם וקרשה, אנמיה, אלרגיות, המופיליה או מחלות אחרות הקשורות לדם, מחלות בלוטת המגן, סכרת, אנמיה אפלטית.   |    |    |
| 7. האם עברת ב-5 השנים האחרונות בדיקה כלשהי לגילוי גידול סרטני כמו בדיקות רדיואקטיביות, C.T. מבחן אונקוגרפי, רנטגן הדגמת איברים בעזרת איזוטופים? ביפסיה?   |    |    | 23. מחלות מין ועור, נגבת, איידס, פצע שאינו מתרפא, שיניים בגודל ובצורה של נקודות חן או יבלות, גידול שפיר או סרטני.  |    |    |
| 8. האם קיבלת טיפולים בהקרנות, טיפולים כימיים או רדיואקטיביים? האם נכרתו גידולים?  |    |    | 24. מחלות פרקים ועצמות, דלקת פרקים, רומטיזם, ארטריטיס, לומבגו, אישיאס.   |    |    |
| 9. האם עברת אי-פעם בדיקות כלשהן הקשורות לשאלת הידבקות בנגיף ה"איידס"? אם כן, נא פרט   |    |    | 25. כאבי גב וצוואר ומחלות של עמוד השדרה.   |    |    |
| 10. האם היית במגע כלשהו עם אדם העלול לגרום להידבקות ב"איידס", או שנתגלה שהינו חולה ב"איידס"?  |    |    | 26. סרטן (מחלה ממארת), מחלה ניוונית וכרונית.   |    |    |
| 11. <input type="checkbox"/> אינני מעשן ולא עישנתי בעבר. <input type="checkbox"/> אני מעשן _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים ומזה _____ שנים אינני מעשן                           |    |    | 27. מחלות עיניים, אוזניים וגרון, הפרעות ראייה, ליקוי שמיעה סינוסיטיס, האם אתה מרכיב משקפיים ואם כן, ציין דיאפטריות.  |    |    |
| 12. האם אתה צורך/צרכת סמים? אם כן, פרט _____ האם אתה צורך משקאות חריפים? אם כן, _____ לשבוע.  |    |    | 28. חולי או בדיקות הקשורות במחלות צהבת מסוג HEPATITIS B או HEPATITIS C.  |    |    |
| 13. האם אי פעם הצעתך לביטוח נדחתה ע"י חברת ביטוח אחרת או שנתקבלה בתנאים מיוחדים, בהבטלה או בתוספת פרמיה?  |    |    | 29. הפרעות בריאותיות אחרות שלא פורטו לעיל.   |    |    |
| 14. האם שוחררת מהצבא מטעמי בריאות?  |    |    | 30. מחלות נשים: הפרעות במחזור הווסת, דימומים, רחם, שחלות, מחלות שדיים, כולל גושים בשדיים, בדיקות לגילוי סרטני (כגון ממוגרפיה, פפסמיר (צוואר הרחם), גרירת איבחון ועוד).   |    |    |
| 15. האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי או שידוע שיש לך הפרעה בריאותית כלשהי והאם הנך מקבל טיפול או תרופות?  |    |    |  |    |    |
| 16. האם אתה חש עצמך בריא בהחלט והיית בעל כושר מלא לעבודה במשך 12 החודשים האחרונים?  |    |    |  |    |    |

### חובה למלא שאלון מחלות מפורט

בכל מקרה שהמועמד הצהיר על אחת מהמחלות: גב ועמוד שדרה, לחץ דם גבוה, אסטמה ודרכי הנשימה, סכרת, אולקוס ומחלות דרכי העיכול, בלוטת התריס, דרכי השתן, עיניים ואוזניים, לב וכלי הדם, אפילפסיה, F.M.F, צהבת מסוג HEPATITIS B, תאונות ואישפוזים, מחלות נשים.

### פירוט ממצאים חיוביים בשאלות שלעיל. (נא ציין את מס' הסעיף אליו הנך מתייחס)

| מזכר כיום | פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו' | תשובה לשאלה | שנת הארוע |
|-----------|---------------------------------|-------------|-----------|
|           |                                 |             |           |
|           |                                 |             |           |
|           |                                 |             |           |

### אשור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר/ת הוצאת הביטוחים עם תוספת רפואית בתנאי שהפרמיה החדשית הכוללת בפוליסה לא תעלה על 50% מהפרמיה ללא התוספת ו/או עם מגבלה לנכות קיימת. אין באישור זה כדי לגרוע מחובתי לגילוי ומידע ולמתן תשובות מלאות וכנות.

חתימת המבוטח X \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### טופס הצהרה וויתור על סודיות רפואית

הנני מצהיר/ה בזה כי תשובותי על כל השאלות הנ"ל מלאות וכנות ולא חסרת'י או העלמתי מאומה. כן הנני יודע/ת כי תשובות כוזבות או לא מלאות בידעה או בכוונה מקנות לחברת הביטוח את הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את סכום הביטוח. אני מייפה בזאת את כוחה של חברת הביטוח לאסוף ולקבל את כל האינפורמציה שתיראה בעיניה כחשובה בכל הנוגע לבריאותי והריני מסכים(ה) שהרופא המטפל בי בקביעות וכל רופא אחר שנמצאתי או אמצא בטיפול, יעניו לחברת הביטוח בנוגע לכל האינפורמציה שתידרש על ידה. כן הנני פוסט(רת) משמירת סוד את הרופאים, האנשים האחרים והשלטונות שהחברה יכולה לפנות אליהם בהתאם להצהרתי זו.

הריני מצהיר/ה בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מראוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע הינה להפקת פוליסת הביטוח, וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה וקשורים אליה. הריני מסכים/ה כי המידע ימסר לצורך עיבודו ואיסונו לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981.

הנני נתון בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ואחרים ו/או למוסדות הרפואיים או לסניפיה, לרופא המטפל בי בקביעות וכל רופא אחר שנמצאתי או אמצא בטיפול, לשלטונות צה"ל וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למסור לאליהו חברה לבטוח בע"מ (להלן "המבקש"), את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים, ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיהם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש", ולא תהייה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כן הנני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה לו חשוב בקשר לבריאותי. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי ונאי כוחי החוקיים, וכל מי שיבוא במקומי.

| שם משפחה | שם פרטי | מס' ת.ז. | תאריך | חתימה |
|----------|---------|----------|-------|-------|
|          |         |          |       | X     |

### הצהרת בריאות