

**הצהרת המועמדים לביטוח  
על מצבם הבריאותי**

לשון זכר תקף גם ללשון נקבה  
לשון יחיד תקף גם ללשון רבים

שם הטוקן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו
מספר ההצעה	_____ - _____

**פרטי המועמדים לביטוח**

שם המשפחה	שם הפרטי	מספר הזהות	מין	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
מועמד ראשון			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
מועמד שני			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
ילדים 1			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
2			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
3			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
4			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
מועמד ראשון	שם הרופא המטפל	מקצוע	עיסוק	תחביב	מועמד שני	שם הרופא המטפל
מועמד שני	שם הרופא המטפל	מקצוע	עיסוק	תחביב	קופת-חולים	קופת-חולים

ילדים עד גיל 18 - שמות						שאלון מבוא כללי		1	
						השאלה / הנושא		מועמד ראשון	
								מועמד שני	
								כן לא	
4	3	2	1	כן	לא	1. ירידה במשקל של יותר מ-10% ממשקלך באופן לא רצוני, ב-12 החודשים האחרונים		כן	לא
כן	לא	כן	לא	כן	לא	2. מחלות ו/או הפרעות אצל קרובי משפחה ביולוגיים - אם כן, פרט בשאלון א בטופס "שאלונים להשלמת פרטים רפואיים"			
						3. עישון - האם מעשן היום (סיגריות ו/או סיגרים ו/או מקטרת) - אם כן, פרט כמות ביום:			
						<input type="checkbox"/> עד 20 סיגריות ו/או 1 סיגר ו/או מילוי מקטרת 1 <input type="checkbox"/> עד 40 סיגריות ו/או 2 סיגרים ו/או מילוי 2 מקטרת <input type="checkbox"/> עד 60 סיגריות ו/או 3 סיגרים ו/או מילוי 3 מקטרת <input type="checkbox"/> יותר מ-60 סיגריות ו/או יותר מ-3 סיגרים ו/או מילוי יותר מ-3 מקטרת			
						3.1 הפסקת עישון במהלך 3 השנים האחרונות			
						3.2 הפסקת עישון לפני יותר מ-3 שנים ואיחזרה לעישון כלל			
						4. שימוש בסמים כעת ו/או בעבר			
						5. צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר, חוץ מאשר באירועים חברתיים			
						6. נותחת ו/או אתה צפוי לעבור ניתוח - אם כן פרט מהו הניתוח ומועדו			

ילדים עד גיל 18 - שמות						שאלון מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים		2	
						האם יש או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם, כלהלן? השאלון		מועמד ראשון	
								מועמד שני	
								כן לא	
4	3	2	1	כן	לא	1. במערכת העצבים והמוח - לרבות חבלת ראש, אירוע מוחי, אפילפסיה, שיתוק, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, פרקינסון, אלצהיימר, דמנציה, סחרחורות, התעלפויות			
כן	לא	כן	לא	כן	לא	2. בנפש ובמצב הרוח, לרבות דיכאון, חרדה, מאניה דיפרסיה, ניסיון אבדני, מצב בו נדרש טיפול פסיכיאטרי			
						3. בדרכי הנשימה והריאות: לרבות אסטמה, אמפיזמה, פניאומטורקס, אלרגיה			
						4. בעור: לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, נגע ו/או גוש במעקב			
						5. בלחץ הדם, מערכת הלב וכלי הדם: לרבות יתר לחץ-דם, התקף לב, כאבי חזה, הפרעה בקצב הלב, פגם במסתמי הלב, איוושה בלב, טרומבוזת, תסחיף, דליות (ורידים מורחבים)			
						6. במערכת העיכול ובקעים: לרבות החזר ושטי (ריפלוקס), מחלה כרונית ו/או דימום, טחורים, פילונידל, אבצס, בקע, שבר (הרניה מכל סוג)			
						7. בכבד, במרה ובדרכי המרה, בטחול ובלבלב: לרבות צהבת, הפטיטיס, כבד שומני			
						8. בכליות ובדרכי השתן: לרבות כלליה אחת, אבנים, ריפלוקס, דלקת כליה, דליפת שתן, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית (פרוסטטה).			
						9. מחלה מטבולית ו/או הורמונלית: לרבות סוכרת, בלוטת המגן, שומנים גבוהים (כולסטרול, טריגליצרידים), שיגדון FMF (GOUT).			
						10. בדם ובמערכת החיסון: לרבות אנמיה (חוסר דם) ספירת הדם, קרישת הדם, הפרעה במערכת החיסון			
						11. מחלות זיהומיות ו/או מחלות מין: לרבות שחפת, איידס (לרבות נשאות), חום ממושך			
						12. מחלה ממארת ו/או גידול ממארי: לרבות גידול טרום סרטני, סרטן			
						13. במערכת השלד ו/או השרירים: לרבות כאבי גב, פריצת דיסק, ליקוי בעמוד השדרה, שבר, נקע, פריקה ו/או קטיעה			
						14. במערכת הראייה ו/או אף, אוזן וגרון: לרבות קטרקט, גלאוקומה, ליקוי ראייה מעל 7-, קרטוקונוס, ליקוי שמיעה, דלקות אוזניים חוזרות, מחיצת אף, סינוסיטיס, פוליפים, אדינואידים (שקדים), דום נשימה בשינה			
						15. במערכת המין ו/או הרבייה: לרבות גוש בשד או באשך, ציסטה, גינקומסטיה, בעיות פריון (גם לגברים), הפלות חוזרות, זיהום, היריון, אשך טמיר, הידרוצלה, וריקוצלה			
						16. מחלה ו/או הפרעה ריאומטית: לרבות אוסטיאופורוזיס, מחלות ו/או דלקות מפרקים ו/או עצמות, לופוס (זאבת)			

3		שאלון נוסף בעבור ביטוח סיעודי - למילוי רק אם ירכש הכיסוי			
מועמד ראשון		מועמד שני		השאלה / הנושא	
כן	לא	כן	לא	כן	לא
					1. הומלץ על אשפוז סיעודי ו/או טיפול סיעודי בבית ב-5 השנים האחרונות
					2. ניתן טיפול סיעודי בבית ב-5 השנים האחרונות
					3. נעשה שימוש בעזרי נייודות כמו כסא גלגלים, מקל הליכה, קביים או מכשור אחר
					4. נעשה שימוש קבוע בקטטר (צנתר) לשתן, למעינים, לקיבה או למטרה אחרת
					5. אי-שליטה על סוגרים
					6. נפילות חוזרות
					7. תשישות נפש
					8. נדרשת עזרה בשגרת החיים
					8.1 באכילה
					8.2 בבישול
					8.3 ברחצה ו/או בגילוח
					8.4 בנטילת תרופות
					8.5 בהלבשה
					8.6 בשירותים
					8.7 בקניות
					8.8 בהליכה ו/או בישיבה ו/או בקימה ו/או במעבר ממיטה לכסא
					8.9 בניידות

4		שאלון נוסף בעבור ביטוח ילדים - למילוי רק אם ירכש הכיסוי בעבור הילדים			
מועמד ראשון		מועמד שני		ילדים עד גיל 18 - שמות	
כן	לא	כן	לא	כן	לא
					השאלה / הנושא
					1. קיים מום מולד
					2. נקבעה לילד נכות ו/או מצוי בהליכי תביעה ו/או מתעתד לתבוע
					3. בעיות התפתחותיות ו/או ליקוי למידה
					3.1 אוטיזם
					3.2 פיגור שכלי
					3.3 ליקוי למידה: דיסלקציה, הפרעת קשב, היפראקטיביות/התפתחות שפתית ו/או אחר
					3.4 בעיות גדילה
					4. נולד פג וטרם מלאו לו שנתיים
					5. טרם ניתנו כל החיסונים הנדרשים על-ידי משרד הבריאות בהתאם לגילו.

5		שאלון מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים שלא פורטו לעיל			
מועמד ראשון		מועמד שני		ילדים עד גיל 18 - שמות	
כן	לא	כן	לא	כן	לא
					השאלה / הנושא
					1. הוגשה תביעה בביטוח אבדן כושר עבודה ו/או נכות ו/או בריאות ו/או סיעוד בשל מחלה או הפרעה או מום שלא פורטו לעיל
					2. נדחתה הצעה לביטוח חיים ו/או אבדן כושר עבודה ו/או נכות ו/או בריאות ו/או סיעוד בשל מחלה או הפרעה או מום שלא פורטו לעיל
					3. מקבל תרופות למחלה או הפרעה או מום שלא פורטו לעיל
					4. אשפוז בשל מחלה או הפרעה או מום שלא פורטו לעיל
					5. קיימת נכות בשל מחלה או הפרעה או מום שלא פורטו לעיל
					6. בדיקות שגרתיות - תקופתיות עם ממצאים חריגים שלא פורטו לעיל
					7. מצוי בבירור רפואי כלשהו/קיימים אצלך סימנים ו/או סימפטומים שלא פורטו לעיל

### 1. הצגרת המועמד לביטוח על יתור על סודיות רפואית

- אני נותן בזה רשות לקופת-חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה כולל: קופת-חולים מכבי, קופת-חולים כללית, קופת-חולים לאומית, קופת-חולים מאוחדת, לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון, למוסד לביטוח לאומי, למבטחים, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, לרופא המטפל בי בקביעות וכל רופא אחר, שנמצאתי או שאמצא בטיפולו וכן כל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, וכן לכל חברות הביטוח ולכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה, למסור לכלל חברה לביטוח בע"מ או אריה חברה ישראלית לביטוח בע"מ, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתירש על-ידי "המבקש" ו/או הבאים בשמו, על מצב בריאותי, כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כיום, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותם והקשורים למצב בריאותי.
- אני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ומחלותיי כאמור, ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור.
- כן, אני מייפה את "המבקש" לאסוף מידע שייראה לו חשוב בקשר לבריאותי.
- כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיבוני ובאיכותי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.
- הבקשתי זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיה ו/או עובדיה ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים הנ"ל.
- כתב ויתור זה יחול על ילדיי הקטינים ששמותיהם פורטו, אם פורטו בהצגה.

### ולראיה באתי על החתום:

### 2. אישור תנאי קבלה מיוחדים

- אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים:
- עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 100%.
- ידוע לי כי החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם כל תביעה הקשורה במישרין או בעקיפין לבעייתי הבריאותית הקיימת ו/או להחמרתה, כמפורט להלן:

\_\_\_\_\_

נוסח ההחגרה הקובע הוא כפי שיופיע ב"דף פרטי הביטוח".

X חתימת המועמד הראשון

XX חתימת המועמד השני

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד הראשון לביטוח \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה X

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד השני לביטוח \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימה XX