

הצהרת בריאות של המועמד לביטוח ופרטים על מצבו הבריאותי
לשון זכר תקף גם ללשון נקבה

ככל חברה לביטוח בע"מ

שם הסוכן	מספר
שם מנ"ל פיתוח עסקי	מספר
מספר ההצעה	

שם המשפחה	שם הפרטי	מספר הזהות	מין	תאריך לידה	משקל בק"ג	גובה בס"מ
			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			
עיסוק	מקצוע	תחביב				

א. פרטי המועמד לביטוח

*** יש להמציא מסמכים אודות בעיה זו** **** מי שעונה "כן" לשאלה זו לא יוכל להתקבל לביטוח**

ב. שאלות כלליות

שאלה	כן	לא
1. עישון (סיגריות ו/או סיגרים ו/או מקטרת)		
2. קיימת נכות העולה על 35%, אם כן פרט אחוזים ומאיוז סיבה %		
3. אשפוז בבית חולים ב-3 השנים האחרונות כתוצאה מתאונה או ממחלה, פרט מחלה ו/או הפרעה בלב ב-5 השנים האחרונות		
4. מחלה ממארת (סרטן) ו/או גידול ממאיר ב-5 השנים האחרונות		
5. סוכרת (רמות סוכר גבוהות בדם ו/או בשתן) ב-5 השנים האחרונות		
6. מחלות ו/או הפרעות בכבד ב-5 השנים האחרונות		
7. נשא ו/או חולה במחלת האיידס**		

ג. שאלות מכורטות - נא לענות רק אם סומן "כן" בחלק ב. לעיל

שאלה	כן	לא
1. עישון		
1.1 מעשן היום		
1.2 הפסקת עישון במהלך 5 השנים האחרונות		
1.3 הפסקת עישון לפני יותר מ-5 שנים ואיחזרה לעישון כלל		
2. סוכרת		
2.1 מטופל באינסולין*		
2.2 מטופל בכדורים		
2.3 רמות הגלוקוז A1c הן מעל 7 מ"ג % ב-12 החודשים האחרונים		
2.4 ערכי סוכר בצום מעל 300 מ"ג % ב-3 החודשים האחרונים		
2.5 פגיעה בעיניים ו/או בראייה*		
2.6 פגיעה כלייתית*		
2.7 פגיעה בלב*		
2.8 זיהום ו/או נמק ו/או כיבים מתמשכים בעור*		
2.9 הפרעות אחרות הקשורות לסוכרת שלא פורטו לעיל*		
3. מחלת לב		
3.1 כאבי חזה חוזרים*		
3.2 התקף לב / אוטם בשריר הלב*		
3.3 הפרעה בקצב הלב ו/או בהולכה בלב*		
3.4 הפרעה במסתמי הלב / אינשושה בלב*		
3.5 איספיקת לב**		
3.6 קרדיومیופתיה*		
3.7 מחלת לב מולדת*		
3.8 כאב חזה חריפעי שבעקבותיו נשללה מחלת לב		
3.9 מחלה ו/או הפרעה בלב שלא פורטה לעיל*		
4. מחלה ממארת		
4.1 המחלה ו/או הגידול אובחן ב-5 השנים האחרונות**		
4.2 המחלה ו/או הגידול הממאיר אובחן ב-6 עד 15 השנים האחרונות*		

1. הצהרת המועמד לביטוח על ויתור על סודיות רפואית

א. אני מתן בזה רשות לקופדתחולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למסודותיה הרפואיים או לטיפוח כולל: קופדתחולים מכבי, קופדתחולים כללית, קופדתחולים לאומית, קופדתחולים מאוחדת, לשלסנות צה"ל ו/או למשרד הביטחון, למוסד לביטוח לאומי, למבטחים, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, לרופא המטפל בי בקביעות וכל רופא אחר, שנמצאת או שאמצא ביטולו וכן כל הרופאים, המסודות הרפואיים ובתי החולים האחרים, וכן לכל חברות הביטוח לכלל גוף או מוסד אשר ששמו לא זכור בכתב זה, למסור לכלל חברת הביטוח בע"מ או אריה חברה ישראלית לביטוח בע"מ, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתירשע על ידי "המבקש" ו/או הבאים בשטח, על סבב בריאות, כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כיום, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשומתי והקשורים למצב בריאותי.

ב. אני מוותר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל המגע למצב בריאותי ומחלתי כאמור. ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור.

ג. כן, אני מייפה את "המבקש" לטאקס מידע שייראה לו חשוב בקשר לבריאותי.

ד. כתב ויתור זה מרחיב אותי, את עיבויי ובאיכותי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

ה. בקשתי זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המסודות, לרבות קופות החולים ו/או רפואיות ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או מותני השירותים הנ"ל.

ו. כתב ויתור זה יחול על ילדי הקטנים ששמותיהם פורטו, אם פורטו בהצעה.

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 ההחרגה הקובע הוא כפי שיופיע ב"דף פרטי הביטוח".

החזית המועמד לביטוח

החזית המועמד לביטוח

ולראיה באתי על החתום:

תאריך

משרד הביטוח הלאומי - תל אביב