

תאריך \_\_\_\_\_

**לכבוד – "הפניקס הישראלי"**

**הצהרת בריאות מקוצרת**

הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן:

שים לב, במקרה וענית בחיוב על אחת או יותר מן השאלות הבאות, נא פרט במקום המסומן לכך

א.	משקלי: _____ ק"ג, גובהי _____ ס"מ, האם חל שינוי במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?	כן	לא
ב.	האם הנך חולה, או היית חולה, או היו לך אחד מסימני המחלות הבאים:		
	1. מחלות לב, יתר לחץ דם, מחלות ממאירות או גידול סרטני, מחלות פרקים ועצמות, כאבי גב וצוואר?	כן	לא
	2. מחלות ניווניות, מחלות כרוניות (סכרת, כליות, כבד), מחלות דרכי עיכול ונשימה, מחלות מערכת העצבים שיתוקים, שבץ מוחי, או בעיות נפשיות?	כן	לא
	3. איידס ו/או נושא נגיפי איידס?	כן	לא
ג.	האם הנך משתמש או השתמשת בעבר בסמים מכל סוג שהוא? אלכוהול?	כן	לא

**שאלות עישון**

מעשן	לא	כן (פרט: סיגריות, סיגרים, מקטרת, אחר): _____ כמה _____
האם עישנת בעבר?	לא	כן, אם כן מתי הפסקת לעשן _____
פירוט:		

חתימה

מספר ת.זהות

שם המבוטח

**טופס ויתור על סודיות רפואית**

לכבוד: \_\_\_\_\_  
א.ג.ג.,

חבר קופת חולים \_\_\_\_\_  
מס' פנקס חבר \_\_\_\_\_

אני הח"מ נותן בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון למסור לפניקס חברה לביטוח בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל 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 מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש", ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי וכן הנני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

חתימת המבוטח \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_  
עד לחתימה \_\_\_\_\_