

## הצהרת בריאות מלאה

פרטי הסוכן	שם הסוכן	סוכנות	מס' סוכן
------------	----------	--------	----------

בא לענות על כל השאלות הבאות תשובות ברורות ומלאות. אין להשתמש בקיום או בסימנים כלשהם במקום מילים.

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	מוסד רפואי / רופא מטפל
תולדות משפחה (הורים, ילדים, אחיות ואחיות) האם היו להם מחלות לב, יתר לחץ דם, סכרת, מחלות סרטניות, מחלות נפשיות, יטפול פסיכולוגי ו/או פסיכיאטרי ו/או נסיונות התאבדות, מקרי מוות - פרט גיל, מחלה או סיבת מוות.			

<b>← (1) יש למלא שאלון מפורט (2) צרף דו"ח היסטולוגי (3) בדיקה כולל מעבדה (4) בדיקה כולל מעבדה + תפקודי כבד</b>			
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, סיבוכים, טיפולים, תרופות, המצב הנוכחי, סיכומי מחלה וכו'. (אין לרשום הערות בין השאלות)			
1.	גובה	משקל	האם חל שינוי במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
2.	האם אושפזת אי פעם בבי"ח או מוסד? (איזה, מתי, סיבה, טיפולים). <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
3.	האם נבדקת בשנתיים האחרונות ע"י רופא כלשהו? (פרט סיבה, תוצאות וטיפולים). <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
4.	האם עשו לך פעם ניתוח או יעצו לעשות לך ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
5.	האם נפצעת פעם? האם יש לך נכות כלשהי? אם כן, מהו האחוז והסיבה לנכות. האם אתה מקבל פיצויים בגין נכות כגון קיצבה או פיצוי בגין אי כושר עבודה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
6.	האם עברת בדיקות רפואיות כמו א.ק.ג., צילומי רנטגן שונים (חזה, דרכי עיכול, כליות, עצמות ועוד), בדיקת מיפוי, אקו, צינתור, טומוגרפיה ממוחשבת C.T., בדיקת דם, ספירת דם, בדיקת שתן, דם סמוי? (פרט סיבה, מועד ותוצאות בלתי תקינות). <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
7.	האם עברת בדיקה כלשהי לגילוי גידול סרטני כמו בדיקות רדיואקטיביות, C.T., מבחן אוקוגרפי, רנטגן הדגמת איברים בעזרת איזוטופים? ביופסיה? (2) <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
8.	האם קיבלת טיפולים בהקרנות, טיפולים כימיים או רדיואקטיביים? האם נכרתו גידולים? (2) <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
9.	האם עברת אי-פעם בדיקות כלשהן הקשורות לשאלת הידבקות בנגיף ה"איידס"? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
10.	האם חייבת במגע כלשהו עם אדם העלול לגרום להידבקות ב"איידס", או שנתגלה שהינו חולה ב"איידס"? (3) <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
11.	האם אתה מעשן? אם כן	סיגריות ליום במשך	שנים. האם עשנת בעבר מתי חדלת? וכמה סיגריות ליום? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
12.	האם אתה צורך/צרכת סמים? אם כן	האם אתה צורך משקאות חריפים? אם כן	לשבוע. <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
13.	האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי או שידוע לך שיש לך הפרעה בריאותית כלשהי והאם קיבלת טיפול או תרופות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
האם אי פעם היו לך המחלות או סימני המחלות המפורטות למטה?			
14.	מחלות מערכת העצבים והמוח, שיתוקים, הפרעות תנועה ו/או תחושה סחרחורת, התעלפויות. כאבי ראש כרוניים, אפילפסיה (1) הפרעות נפשיות, טיפול פסיכולוגי ו/או טיפול פסיכיאטרי ו/או נסיונות התאבדות. <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
15.	מחלות דרכי הנשימה והריאות כמו אסטמה, שחפת, דלקות ריאה כרונית, גניחת דם, שיעול ממושך (1) <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
16.	מחלות לב וכלי דם מסוג שלשה: התקף לב, אוטם, טרומבוז, אנגינה פקטוריס, כאבים או לחץ בחזה, קוצר נשימה, אי ספיקת לב, מחנק, הפרעות קצב הלב, דפיקות לב, אינשוש, הפרעות במחזור הדם ברגלים עם כאבים או בצקות, יתר לחץ דם (3), זרידים מורחבים (1) <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
17.	מחלות דרכי העיכול, אולקוס (כיב קיבה או תריסרון), צרבת הפרעות בליה, מחלות מעיים, דימום ברכי העיכול, כיס מרה, צהבת, הקאה חוזרת (1) מחלות כבד (1) (4) <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
18.	מחלות כליות ודרכי השתן, דלקות ואבנים בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן. (3) מחלות הערמונית (פרוסטטה). <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
19.	מחלות חילוף חומרים, מחלת בלוטות, הגדלת בלוטות, שומנים גבוהים בדם, מחלת הישרון (פודגרה). מחלות חום ממושכות, מחלות דם וקרשה, אנמיה, אלרגיות, מחלות בלוטת המגן, סכרת (3) <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
20.	מחלות מין ועור, עגבת, איידס, פצע שאינו מתרפא, שיניים בגודל וצורה של נקודות חן או יבלות, גידול שפיר או סרטני. <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
21.	מחלות פרקים ועצמות, דלקת פרקים, רומטיזם, ארטריטיס, כאבי גב וצוואר, לומבגו, אישיאס. (1) <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
22.	סרטן (מחלה ממארת), מחלה ניוונית וכרונית (2) (3) <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
23.	מחלות עיניים, אוזניים וגרון, הפרעות ראייה (כגון ראייה כפולה), ליקוי שמיעה, סינוסיטיס. האם אתה מרכיב משקפיים ואם כן ציין דיאפטריות. <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
24.	מחלות נשים: הפרעות במחזור הווסת, דימומים, רחם שחלות. מחלות שדיים, כולל גושים בשדיים, בדיקות לגילוי סרטני (כגון ממוגרפיה, פפסמיר-צואר רחם, גרידת איבחון ועוד) (2) <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
25.	הפרעות בריאותיות אחרות שלא פורטו לעיל. <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
26.	האם אתה חש עצמך בריא בהחלט והיית בעל כושר מלא לעבודה במשך 12 החודשים האחרונים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
27.	האם הינך מסוגל לבצע את הפעולות היומיומיות הבאות, ללא עזרה מאדם אחר? קימה מהמיטה וכניסה אליה, לבישת בגדים והתפשטות, אכילה ושתייה, הליכה, רחיצה, שמוש בתחבורה ציבורית, קניית מצרכים יומיומיים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
28.	האם קבלת ייעוץ לדאוג לסידור סידורי או באמר לך שהנך צפוי להיות מקק לסיעוד תוך 12 חודש? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
29.	האם קיימת אצלך בעיה של שליטה על הסוגרים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
30.	האם הינך נעזר במיכשור רפואי כלשהו (כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, קטטר, חגורות רפואיות, מכשור נשימתי)? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		
31.	האם היו לך או קיימים היום סימני המחלות הבאות: ארטריטיס, גאוס, בעיות שרירים ושולד, טרשת נפוצה, מחלת אלצהיימר, פרקינסון, אוסטיאופורוזיס? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		

פירוט ממצאים חיוביים בשאלות הנ"ל (נא ציין את מס' הסעיף אליו הנך מתייחס)

מצבך כיום	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו'	שנת האירוע	תשובה לשאלה

הצהרה

הריני מצהיר(ה) כי תשובתי על כל השאלות הכלולות בכל דפי ההצהרה, הן מלאות וכנות ולא החסרתי או העלמתי מאומה. הנני יודע(ת) כי תשובות כוזבות או לא מלאות בידועין או בכוונה מקנות לפניקס הישראלי חברה לביטוח בע"מ ו/או קרן הפנסיה המקיפה "עמית" (להלן "המבטח") את הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את סכום הביטוח.

הריני מצהיר(ה) בזה כי מידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת הידע הינה להפקת פוליסת הביטוח לקרן הפנסיה המקיפה "עמית" ו/או לצרופי וטיפול בכל העינינים הנובעים מהפוליסה וחברותי בקרן הפנסיה המקיפה "עמית" והקשורים אליה. הריני מסכים(ה) כי המידע ימסר לצורך עיבודו ואיחסונו לכל גוף ש"המבטח" ימצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981. אני הח"מ נתן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או בתי חולים ו/או קופות חולים ו/או מי מטעמם ו/או משרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לכל עובדיהם מכל סוג ומין ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לחברת ביטוח אחרת (להלן "המוסדות") למסור ל"המבטח" ו/או למי מטעמו את כל הפרטים המצויים בידי "המוסדות" ובאופן שידרוש "המבטח" על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת. אני משחרר בזה את כל "המוסדות" ו/או עובדיהם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע ל"המבטח" מכל תיק שנפתח על שמי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי "המבטח" ולא תהיה לי כלפי "המוסדות" כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למידע כאמור. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל "המוסדות". הריני מסכים/ה ומאשר/ת בזאת בשמי ובשם ילדי כי "המבטח" יהיה רשאי להעביר את המידע שברשותו ו/או שיהיה ברשותו. כתב זה מחייב אותי, את עזבוני, את ילדי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

שם	ס"ב	מס' זהות	חתימה 	תאריך
----	-----	----------	---	-------