למילוי במחלקה

מספר פוליסה/הצעה	מספר מעסיק	מספר סוכן	סניף

הראל
חברה לביטוח

הצהרת בריאות – ביטוח מנהלים

א הצהרת בריאות

1. שאלות כלליות – נא לענות על כל השאלות תשובות ברורות ומלאות. אין להשתמש בקווים או בסימנים במקום מילים. (סמן ✓ בטורים "כן" או "לא" כנדרש ופרט על־פי הצורך בסעיף 3 להלן).

השאלה	כן	לא
1. האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחות/אח/בן/בת) היו או יש מחלות לב, מקרי סרטן, סוכרת, מחלות או הפרעות נפשיות, טיפול פסיכולוגי, נסיון להתאבדות, מקרי מוות? (אם כן פרט אצל מי, סיבות, מחלות ובאיזה גיל).		
2. האם אתה מעשן? ○ כן ____ סיגריות ליום, במשך ____ שנים. האם הפסקת לעשן? ○ לא ○ כן, לפני ____ שנים, האם אתה צורך משקאות חריפים?, פרט מהי צריכתך השבועית הממוצעת: _____ האם אתה צורך או צרכת בעבר סמים כלשהם? נא פרט: _____		
3. האם עברת פעם או ייעצו לך לעבור ניתוח? (פרט סוג, תאריך, התוצאות היום).		
4. האם נפצעת פעם? (פרט מתי, חלק גוף, האם נותרו תוצאות).		
5. האם יש לך נכות כלשהי? (אם כן, פרט מהו % הנכות ומהי סיבת הנכות).		
6. האם קיבלת או אתה מקבל קצבת נכות/אי כושר עבודה? (אם כן, פרט).		
7. האם אתה בריא כעת ומסוגל לעבוד בעבודתך במשרה מלאה? האם היית בריא במשך 12 החודשים האחרונים? אם לא, פרט:		
8. האם עברת בעבר בדיקות? (פרט סיבה, תאריך ותוצאה). ○ א.ק.ג. רגיל ○ א.ק.ג. במאמץ ○ צילום רנטגן ○ דם, שתן ○ בדיקות מיוחדות אחרות		

השאלה	כן	לא
9. האם ביצעת בעבר? (פרט סיבה, תאריך ותוצאה). ○ צילום חזה ○ כליות ○ צילום קיבה/מעיים ○ גסטרוסקופיה או קולונוסקופיה ○ C.T. ○ MRI ○ בדיקות לגילוי גידול סרטני ○ פאפסמיר ○ ממוגרפיה		
10. האם אתה סובל או סבלת ממחלת הסרטן? (פרט).		
11. האם אתה מקבל ו/או קיבלת תרופות כלשהן?. פרט.		
12. האם היית/אתה במגע כלשהו עם אדם העלול לגרום להידבקות באיידס או שנתגלה שהוא חולה באיידס?		
13. האם אושפזת בבית חולים (כולל בחדר מיון) או במוסד אחר? (פרט תאריך, ב"ח, סיבה, כחייל, כאזרח).		
14. האם אתה עובד/עבדת עם? (פרט מקום, משך חשיפה ואמצעי מיגון). ○ גזים רעילים ○ אסבסט ○ חומרים כימיים ○ חומרי ריסוס ○ חומרים רדיואקטיביים ○ קרינה מכל סוג שהוא, פרט מקום, משך חשיפה ואמצעי מגן.		
15. האם אתה: ○ ימני ○ שמאלי, גובה _____ ס"מ, משקל _____ ק"ג, האם משקלך עלה/ירד בשנתיים האחרונות (פרט):		
16. שם רופא הבית שלך וכתובתו (קופת חולים ושם הסניף) _____		
17. האם אי פעם נדחתה או נתקבלה בתנאים מיוחדים הצעתך לביטוח חיים? האם הוצאה לך פוליסה בהגבלה כלשהי בחברת ביטוח אחרת? אם כן, פרט:		
18. **לנשים –** האם את הרה כעת? באיזה חודש? האם עברת הפלות חוזרות? אם הריון ראשון - נא לצרף דוח של רופא מטפל.		

2. האם אתה סובל או האם סבלת בעבר? סמן כאן ✓ בטור "לא" או "כן" כנדרש. אם ענית כן פרט לפי הצורך בסעיף 3 להלן.

המחלה/המחלות	כן	לא
1. כאבי ראש, מחלות המוח, מחלות העצבים, אפילפסיה, שיתוקים, סחרחורות או התעלפויות, דיכאון, הפרעה נפשית אחרת, ניסיון התאבדות.		
2. שחפת, אסטמה, שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות. ברונכיטיס כרונית, אמפיזמה, מחלות קרום הריאה, יריקת דם.		
3. מחלות לב וכלי דם, דפיקות לב, הפרעות בקצב הלב, לחצים או כאבים בחזה, לחץ דם גבוה, נפיחות ברגליים, כאבי רגליים בהליכה.		
4. הפרעות בליעה, צרבת, כיב קיבה או תריסריון, מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כיס מרה, כבד, צהבת, הקאות מרובות, האם נמצא דם סמוי בצואה?		
5. מחלות צהבת מסוג HEPATITIS-B, מחלות כבד, "איידס" או האם אתה נושא נוגדנים של איידס?		
6. מחלות עיניים, הפרעות ראייה, מחלות אוזניים אף, גרון, מערות האף.		
7. מחלות או זיהומים בדרכי השתן, אבנים בכליות או בדרכי השתן, דם, סוכר או חלבון בשתן, מחלות מין, הגדלת הערמונית , הפרעות בהשתנה.		

המחלה/המחלות	כן	לא
8. מחלות עור, פצע שאינו מתרפא, שינויים בנקודות חן או ביבלות, התקשות בשד או התקשויות כלשהן, גידול שפיר או סרטני.		
9. מחלות חילוף חומרים, בלוטות, סוכרת, שומנים גבוהים בדם, כולסטרול מעל 250 מ"ג %, מחלות בלוטת המגן, מחלת השיגרון (gout).		
10. דלקות פרקים, ראומטיזם, מחלות של עצמות, שבר (הרניה). אנמיה, הפרעות קרישה או המוליזה, פוליציטמיה, המופיליה.		
11. מחלות גב, עמוד השדרה, או כאבי גב.		
12. מחלות והפרעות אחרות שלא פורטו לעיל.		
13. **לנשים –** האם את סובלת או סבלת מאי סדירות הווסת, ממחלות שדיים, מהתקשות בשדיים, רחם, שחלות או הפרעות אחרות, האם את סובלת מדימומים ממערכת המין?		

3. אם התשובה על אחת או יותר מן השאלות בסעיפים 1 ו–2 היא "כן", יש לפרט להלן ולמלא שאלון בהתאם.

מס' לעיל	המחלה או ההפרעה	מתי הייתה	כמה זמן נמשכה	מצ"ב שאלון מתאים	שם הרופא או המוסד המטפל

ב הצהרת המועמד לביטוח ולקרן פנסיה עדי

אני החתום מטה אשר את חייו יש לבטח, מצהיר בזה שכל התשובות שניתנו בטופס ההצעה והצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות ולא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי כי שאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח. אם תשובותי אינן נכונות ומלאות והעלמתי דבר, כאמור לעיל, לא יהיה הביטוח בתוקפו והראל/קרן עדי תהיה פטורה מתשלום עבור הביטוח. הרשות בידי הראל/קרן עדי, באופן בלעדי, להחליט על קבלת הצעה או דחייתה בלי שתהיו חייבים להצדיק או להסביר החלטתכם.

אעמוד לרשותכם לבדיקה רפואית ומעבדתית כללית ומקיפה לצורך גילוי כל מחלה או סימן למחלה, ידוע לי שהביטוח/קרן עדי נכנס לתוקפו לאחר שהמבוטח נתקבל בתנאי קבלה רגילים, או במקרה שנתקבל בתנאי קבלה מיוחדים, רק לאחר שהסכמתי להם ובתנאי נוסף שמיום הבדיקה או מיום החתימה על הצהרת הבריאות ועד ליום בו החליטה הראל ו/או קרן עדי על קבלה לביטוח ו/או לקרן עדי לא חל כל שינוי במצב בריאותי, באורח חיי ובעיסוקי. **תשובותינו ו/או המידע שיימסר לכם יאוכסנו במאגר מידע לפי הוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 וישמשו לצורכי הביטוח בלבד.**

תאריך _____ חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה _____ חתימת המועמד לביטוח _____

ג הצהרת ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נותן בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ולמוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לשלטונות צה"ל ולמשרד הביטחון, למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ולעדי קרן פנסיה, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על־ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי וכן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שיראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

תאריך _____ שם המועמד לביטוח _____ מספר זהות _____ חתימת המועמד _____

תאריך _____ עד לחתימה: שם פרטי ומשפחה _____ חתימה _____

30320

תפוצה: מקור - לחברת הראל; העתק 1 - למבוטח (יצורף לפוליסה); העתק 2 - נשאר בידי הסוכן; העתק 3 - למחוז.

טופס מספר 6/2003 ???? ג' ר"ה