



020102001

הצהרת בריאות לחידוש/הגדלת שכר



שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה	מספר פוליסה
גובה	משקל	קופת-חולים	סניף	שם הרופא המטפל וכתובתו

הנני מבקש/ת: להגדיל את השכר ל נכון לחודש _____

שאלות על מצב בריאות

לא	כן	שאלות כלליות
		נא לענות על כל השאלון שלהלן. לכל שאלה יש לסמן <input checked="" type="checkbox"/> בעמודה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, צרף שאלון בהתאם
		1. מחלות בקרובי משפחה ביולוגיים: מחלות לב, כליות, סרטן השד/מעיים הגס אצל יותר מ-2 קרובי משפחה, סכרת, הפרעה נפשית (סכיזופרניה, דיכאון) או מחלה תורשתית אחרת. פרט מחלה, קירבה משפחתית וגיל בגלוי המחלה.
		2. פציעה (בתאונה או כל סיבה אחרת). שאלון פציעה
		3. קיימת נכות. שאלון נכות
		4. בוצע או הומלץ לבצע בדיקה כל שהיא: צינטור, מפיפי לב, א.ק.ג. קולונוסקופיה, אנדוסקופיה, אולטרסאונד, אקו לב, רנטגן, ארנומטריה, C.T, או כל בדיקה אחרת.
		5. שאלון עישון: הצהרת אי עישון/עישון: ידוע לי שאי הצהרת אמת עלולה לפגוע את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום סכום הביטוח בהתאם לחוק. (אם לא במקום הנכון). <input type="checkbox"/> מעשן: <input type="checkbox"/> לא מעשן: <input type="checkbox"/> לא עישנתי בעבר: <input type="checkbox"/> סניגריה <input type="checkbox"/> סיגרים <input type="checkbox"/> מקטרת <input type="checkbox"/> אחר: כמה ביום _____ שנות עישון _____ <input type="checkbox"/> לא עישנתי מעולם: <input type="checkbox"/> לא עישנתי מעולם: <input type="checkbox"/> אחר: כמה ביום _____ שנות עישון _____
		6. האם אתה צורך/צרכת סמים?
		7. האם הינך שותה קבוע יותר מכוס משקה אלכוהול ביום?
		8. האם היה במקצועך ועיסוקך עבודה עם חומרים מסוכנים? פרט: _____
		9. תחביבים: טייס רחופת מצנחים, ספורט מוטורי, שייט, טיפוס לגובה, צלילה
		10. האם מקצועך קשור באומנות, ספורט, טייס וצלילה?
		11. האם חשת בשינוי לרעה במצב בריאותך לאחרונה?
		13. האם קיים סיכון מיוחד באורח חיירך או בפעילותיך?
		שאלון מחלות
		האם אי פעם חלית או היו לך סימני המחלות המפורטות להלן? במידה והתשובה "כן" יש למלא שאלון מחלות רלוונטי.
		1. מחלות עצבים, מחלות נפש, הפרעות שינה, אפילפסיה. שאלון עצבים
		2. ריאות ודרכי הנשימה. שאלון ריאות ודרכי נשימה
		3. הפרעות בלב, בלחץ הדם ובכלי הדם. שאלון לב וכלי דם
		4. הפרעות בושט, בקיבה, במעי ובפי-הטבעת. שאלון ושת ודרכי עיכול
		5. הפרעות בתיפקוד הכבד, כיס המרה, הטחול והלב. שאלון תפקוד כבד, כיס המרה והטחול
		6. הפרעות בכליות ובדרכי השתן. שאלון כליות ודרכי השתן
		7. ערמונית (פרוסטטה) ואשכים. שאלון פרוסטטה ואשכים
		8. סכרת, בלוטת התריס, שומנים FFM והפרעות מטבוליות והורמונליות אחרות. שאלון סכרת והפרעות מטבוליות
		9. הפרעה בספירתהדם, בקרישת הדם או במערכת החיסון. שאלון ספירת דם וקרישה
		10. בעיות הקשורות לעור. שאלון עור
		11. מחלות זיהומיות, מחלות מין, איידס, חום ממושך. שאלון מחלות זיהומיות, מחלות מין, חום ממושך
		12. הפרעות בגב ובעמוד השדרה. שאלון גב
		13. סרטן. פרט, תאריך גילוי ומיקום: _____
		14. הפרעות בעיניים וראיה, באוזניים, באף, בסינוסים, בשיניים, בלוע ובגרון. שאלון עיניים, אוזניים ואף
		15. מצבים גינקולגים ומחלות נשים. שאלון מחלות נשים
		16. מחלות רקמות חיבור, פרקים, אוסטופורוזה. שאלון מחלות רקמות חיבור, פרקים, אוסטופורוזה
		שאלות נוספות
		1. האם עברת ניתוח כלשהו? פרט סוג הניתוח ומתי בוצע: _____
		2. האם ידוע לך על הצורך בבדיקות פולשניות, באשפוז ו/או ניתוח בעתיד? _____
		3. האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי או שידוע לך שיש הפרעה בריאותיות עליה לא הצהרת? פרט: _____
		4. האם אתה נוטל תרופות? אם כן, פרט שם התרופה ולאיה צורך. _____
		הערות: _____

הצהרת המועמד/ת לבעלות על הפוליסה והמבקשת/ת מועמד לביטוח:

אני מצהיר, מסכים ומתחייב בהז' כי:

א. כל התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות.
ב. כל התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שימסר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן: מנורה מבטחים ביטוח) בכתב וכן התנאים המקובלים אצל מנורה מבטחים ביטוח לעניין זה ישמשו בסיס לחוזה הביטוח בין/ביני לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
ג. אני מאשר/ת ומסכים/ת/מה/ת בהז' כי קיבלתי או אחיטה של הצעתו של נתון לשיקול דעתה הבלעדי של מנורה מבטחים ביטוח והיא רשאית לדחות את ההצעה ללא הסבר כלשהו להחלטתה.
ד. ידוע לי שחוק הביטוח "כנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהרפ"מ הראשונה - מהווה תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף - שולמה במלואה, ובתנאי שהשתנה מצב הבריאות של המבוטח, ממועד חתימתו על הצהרת הבריאות או בדיקה רפואית שעבר ועד למועד האישור בכתב על קבלתו לביטוח.
ה. שרתי מצהיר/ת בהז' כי הידוע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע היא להפקת פוליסת הביטוח. וטיפול בכל העניינים הנבנים מהפוליסה והקשורים אליה. אני מסכים/ת/מה/ת בהז' כי המידע "יקבוצת מנורה מבטחים" או לגורמים הפועלים מטעמן של אותן חברות, לצורך מתן שירותים נוספים, לצורך ניהול נכסי הלקוחות, לצורך הפעילות השוטפת וכן לצורך קיום חובותיה לביטוח בריאות.
ו. מנורה מבטחים ביטוח לא תא אחראית ולא תשלם כל תביעה הנובעת במישור או בעקיפין ממצב בריאותי לקוי, מתופעה או ממחלה שהי קיימים אצל המועמד/ת לביטוח לפני תאריך מילוי ההצעה או לפני תאריך החתימה על הצהרת הבריאות וכן במשך 90 יום ממועד תחילת הביטוח ו/או במשך תקופת אכשרה ארוכה יותר בהתאם לתנאי הפוליסה.
ז. אני מצהיר/ת בהז' כי הובא לידיעתי, ואני מסכים/ת, בהז' שהפרטים שמסרתי למנורה מבטחים ביטוח וכל מידע נוסף הנוגע לי שיעיד לידיעתה של מנורה מבטחים ביטוח, יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נהגת מנורה מבטחים ביטוח לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, בין אם הוא מופעל על-ידי מנורה מבטחים ביטוח עצמה ובין בידי מי מטעמה, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע נוספים של חברות שבשליטת "מנורה מבטחים ביטוח" ו/או מנורה מבטחים ביטוח לחברות אחרות, לצורך מתן שירותים נוספים, לצורך ניהול נכסי הלקוחות, לצורך הפעילות השוטפת וכן לצורך קיום חובותיה לביטוח בריאות.
ח. אני מסכים/ת/מה/ת בהז' כי הנתונים אשר ישמרו במאגרי המידע ישמשו לצורך יצירת קשר עימי על-ידי מנורה מבטחים ביטוח או על-ידי חברה אחרת מ"קבוצת מנורה מבטחים", לרבות לצורך דיוור ישיר לרכישת מוצרי "קבוצת מנורה מבטחים" ולצורך כל פעילות שיווקית אחרת.
ט. אני מבקש/ת מנורה מבטחים ביטוח תעניק לי שירותי מתן מידע באמצעות האינטרנט או באמצעות אמצעי תקשורת אחרים, תוך שאני מודע לכך כי חרף העובדה שמנורה מבטחים ביטוח מפעילה אמצעי אבטחת מידע בחתן שירותי המידע כאמור, עשוי המידע האמור, הכולל פרטים אישיים שלי, להיחשף לאחרים.
י. אני מבקש/ת מנורה מבטחים ביטוח תשלם את קוד הגישה וסיסמת הגישה למידע באמצעות האינטרנט. ידוע לי כי מתן המידע כאמור נועד לצורך בירור ראשוני בלבד ולשם הנוחות, וכי בכל סתירה בין המידע שימסר כאמור לבין המידע המלא שברשות מנורה מבטחים ביטוח יגבר המידע שברשות מנורה מבטחים ביטוח.

תאריך: _____ חתימת ותותמת המועמד לבעלות על הפוליסה/המועמד _____ חתימת המועמד לביטוח _____

טופס ויתור על סודיות רפואית

א.ג.כ. לכבוד _____

אני הח"מ נתן/ת בהז' רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לשלטונות צה"ל, משרד הבטחון ולחברות הביטוח למסור למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, "המבקשת", את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתרשד ע"י "המבקשת" על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שנתני חולה בה כעת או אחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי ככל ומותר על סודיות זו כלפי "המבקשת" ולא תהיה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי ו/או כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי וכן הנני מפיץ כוחה של "המבקשת" לאיסוף כל מידע שיראה בעיניה חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

תאריך: _____ שם המועמד לביטוח _____ מספר זהות _____ חתימה _____