



020102102

פרטים מזהים	ילד רביעי	ילד שלישי	ילד שני	ילד ראשון
השם הפרטי + שם המשפחה (אם שונה משל בעל הפוליסה)				
מספר הזהות				
תאריך לידה ומין	מין	מין	מין	מין

	ילד רביעי		ילד שלישי		ילד שני		ילד ראשון	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
האם היו לילד אי פעם המחלות או סימני המחלות המפורטות להלן: במידה והתשובה "כן" יש למלא שאלון מחלות רלוונטי.								
1. מחלות קרובי משפחה ביולוגיים: מחלת לב, כליות, סרטן השד/מעיים הגס אצל יותר מ-2 קרובי משפחה. סכרת, הפרעה נפשית (סכיזופרניה, דיכאון) או מחלה תורשתית אחרת פרט מחלה קרבה משפחתית וגיל בגילוי המחלה.								
2. פציעה (בתאונה או כל סיבה אחרת).								
3. קיימת נכות.								
4. מחלות עצבים, מחלות נפש, הפרעות שינה, אפילפסיה.								
5. ריאות ודרכי הנשימה.								
6. הפרעות בלב, ובכלי הדם, איוושה בלב ולחץ דם.								
7. הפרעות בושט, בקיבה, במעי ובפי-הטבעת.								
8. הפרעות בתפקוד הכבד, צהבת, כיס המרה, הטחול והלבלב.								
9. הפרעות בכליות, בדרכי השתן, אשכים ופינ.								
10. הפרעה בספירת הדם, בקרישת הדם או במערכת החיסון.								
11. בעיות הקשורות לעור.								
12. מחלות זיהומיות, מחלות מין, איידס, חום ממושך.								
13. הפרעות בגב ובעמוד השדרה, פרקים ועצמות.								
14. סרטן, פרט, תאריך גילוי ומיקום: _____								
15. הפרעות בעיניים וריאה, באוזניים, באף, בסינוסים, בשיניים, בלוע ובגרון.								
16. מצבים גינקולוגיים ומחלות נשים.								
17. סכרת, בלוטת התריס, שומנים FFM והפרעות מטבוליות והורמונליות אחרת. שאלון סכרת והפרעות מטבוליות								
18. בעיות התפתחות ו/א ליקוי למידה. פרט: _____								
19. האם ילדך עבר ניתוח בעבר? פרט _____								
20. האם ידוע לך על הצורך בבדיקות פולשניות, באשפוז ו/או ניתוח בעתיד? פרט: _____								
21. האם ילדך חולה כעת במחלה כלשהי או שידוע לך שיש הפרעה בריאותית עליה לא הצהרת. פרט: _____								
22. האם ילדך נוטל תרופות? אם כן פרט שם התרופה ולא יזכיר צורך. _____								

הערות:

הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה והמבקשת/מועמדים לביטוח:

אני מצהיר, מסכים ומתחייב בהז' כ:

- כל התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות.
 - כל התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שימסר למטבח בכתב וכן התנאים המקובלים אצל המטבח לעניין זה יישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני/בינו לבין המטבח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
 - אני/אנחנו מסכים/ים בהז' כי קיבולת או דחייתו של הצעתי/נו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המטבח והוא רשאי לדחות את ההצעה ללא מתן הסבר כלשהו להחלטתו.
 - ידוע לי/נו שחובה הביטוח ייכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה - מהווה תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף - שולמה במלואה, ובתנאי שלא השתנה מצב הבריאות של המבוטח, ממועד חתימתו על הצהרת הבריאות או בדיקה רפואית שעבר ועד למועד האישור בכתב על קבלתו לביטוח.
 - הריני מצהיר/ה בהז' כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמת. ידוע לי שמטרת מסירת המידע היא להפקת פוליסת הביטוח. וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה והקשורים אליה. אני/נו מסכים/מה כי המידע ימסר לצורך עיון, עיבוד ואחסון לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.
- בביטוח בריאות**
המטבח לא יאחראי ולא ישלם כל תביעה הנובעת במישרין או בעקיפין ממצב בריאותי לקוי, מתופעה או מחלה שהיו קיימים אצל המועמד/ים 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.
כל ההצהרות הנוגעות לילד/נו הקטנים נמסרות על ידי/נו כאפוטרופוס/ים טבעיים שלהם.

תאריך: _____ חתימת וחותמת המועמד לבעלות על הפוליסה _____ חתימת המועמד הראשי _____ חתימת המועמד השני _____

ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נותן בהז' רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ולמוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים ובתי החולים ולמוסדות הביטוח הלאומי, לשלשונות צה"ל ולמשרד הביטחון ולהגנת הבריאות, למסור למנורה חברה לביטוח בע"מ, 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 שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרפאים 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 מחלותי כניל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי אליכם כל עטנה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לניל.
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.
כתב ויתור זה יחול גם על ילדי ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה.

X ולראיה באנו על החתום, בתאריך _____

שם מועמד ראשי _____ מספר זהות _____ חתימתו _____ שם מועמד שני _____ מספר זהות _____ חתימתו _____

שם לחתימת: _____ מספר זהות _____ חתימתו _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____ חתימתו _____