



# הצהרת בריאות

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

הראל חברה לביטוח בע"מ - ממוזגן של שלוח וסרביצין

שם הסוכן	מספר ההצעה/הפוליסה
מספר הסוכן	התאריך המבוקש להתחלת הביטוח
שם המפקח	0 1

לתשומת לבך! תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה



23398

## א פרטי ומצויה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון נייד
עיסוק	שם קופת חולים	שבי"ן (ביטוח משלים) מסוג	שם הופא מטפל	

## ב הצהרת בריאות

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול על המבוטח. יש לענות על השאלות שלהלן בסיומן ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים, מספרו מופיע בסוגריים מרובעים [], לדוגמה [4].

לא	כן	שאלות כלליות	לא	כן
		1. גובה בסי"מ		
		2. משקל בק"ג		
		3. האם חלה ירידה במשקלך במהלך השנה האחרונה רשום ב- _____ ק"ג, הסיבה: <input type="radio"/> דיאטה <input type="radio"/> אחרת		
		4. מעשן, כמה זמן? _____ שנים. כמות סיגריות ליום _____, אם הפסקת, רשום מתי _____.		
		5. שותה משקאות אלכוהוליים: <input type="radio"/> מזדמן <input type="radio"/> עד 2 כוסות ליום <input type="radio"/> מעל 2 כוסות ליום?		
		6. משתמש בסמים?		
		<b>האם קיימת אבחנה או סבלת מ- (סמן ב-✓)</b>		
		7. לידעתך, מחלות אלה אינן מאפשרות הצטרפות לביטוח! <input type="radio"/> סיסטיק פיברוזיס <input type="radio"/> טרטת נפוצה <input type="radio"/> שיתוק מוחין <input type="radio"/> אלצהיימר <input type="radio"/> איידס <input type="radio"/> איספיקת כליות <input type="radio"/> תסמונת דאון <input type="radio"/> ניוון שרירים <input type="radio"/> פרקינסון <input type="radio"/> שחמת <input type="radio"/> איספיקת לב <input type="radio"/> זאבת <input type="radio"/> גושה <input type="radio"/> סרטן ב-3 השנים האחרונות <input type="radio"/> כליות פוליציסטיות <input type="radio"/> אירוע מוחי (בביטוח סיעודי בלבד) <input type="radio"/> אוטיזם (בביטוח סיעודי בלבד)		
		8. אירוע מוחי, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל, המפרט האם ישנה פגיעה עצבית		
		9. מחלה או מגבלה בעיניים (למעט משקפי ראייה עד עדשה מספר 7) [1]		
		10. בעיות הקשורות ב-: <input type="radio"/> אף <input type="radio"/> אוזן <input type="radio"/> גרון [2]		
		11. מחלת לב [4]		
		12. מחלת: <input type="radio"/> כלי דם <input type="radio"/> עורקים <input type="radio"/> ורידים [7]		
		13. יתר לחץ דם [5]		
		14. אסטמה (ברונכית כרונית) [3] <input type="radio"/> מחלת ריאות אחרת [3] <input type="radio"/> חזה אוויר <input type="radio"/> COPD, נא צרף מכתב מהרופא המטפל ותוצאות בדיקת תפקודי ריאות		
		15. מחלה או הפרעה ב-: <input type="radio"/> קיבה [9] <input type="radio"/> מערכת העיכול [9] <input type="radio"/> כיס המרה [9] <input type="radio"/> מעיים [9] <input type="radio"/> צרבת <input type="radio"/> קיצור קיבה <input type="radio"/> צליאק		
		16. <input type="radio"/> סוכרת [12] <input type="radio"/> כולסטרול [6] <input type="radio"/> טריגליצרידים [6]		
		17. <input type="radio"/> מחלת כבד <input type="radio"/> מחלת צהבת [10]		
		18. <input type="radio"/> אפילפסיה [22] <input type="radio"/> FMF [8] <input type="radio"/> בלוטת המגן (התריס) [11] <input type="radio"/> מחלה אנדוקרינולוגית אחרת, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל		
		<b>האם קיימת אבחנה או סבלת מ- (סמן ב-✓)</b>		
		19. מחלה ב-: <input type="radio"/> כליות [13] <input type="radio"/> דרכי השתן [13] <input type="radio"/> ערמונית (פרוסטטה) [14]		
		20. בקע (הרניה): <input type="radio"/> סרעפת <input type="radio"/> טבור <input type="radio"/> מפשעה בצד: <input type="radio"/> מיין <input type="radio"/> שמאל <input type="radio"/> בשרני הצדדים באיזה גיל? _____		
		21. <input type="radio"/> טחורים <input type="radio"/> פיסורה		
		22. מחלה, מגבלה או שבר הקשור ב-: <input type="radio"/> CTS (שורש כף היד) <input type="radio"/> הלום ולגוס <input type="radio"/> אוסטאופורוזיס/ירידה בצפיפות העצם [17] <input type="radio"/> עמוד השדרה [21] <input type="radio"/> עקמת [21] <input type="radio"/> ברכיים [20] <input type="radio"/> מפרקים [18] <input type="radio"/> ידיים [18] <input type="radio"/> רגליים [18] <input type="radio"/> [19] <input type="radio"/> עצמות [18] <input type="radio"/> [19]		
		23. <input type="radio"/> גידולי עור [16] <input type="radio"/> דלקות עור <input type="radio"/> פסוריאזיס		
		24. <input type="radio"/> מחלות ממאירות <input type="radio"/> גידולים אחרים <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מרופא אונקולוג מטפל ותוצאות בדיקות פתולוגיות		
		25. <input type="radio"/> מחלה ו/או תופעה כרונית <input type="radio"/> מחלה תורשתית <input type="radio"/> פיגור שכלי <input type="radio"/> מוגרה <input type="radio"/> מחלה במערכת העצבים <input type="radio"/> הפרעה התפתחותית <input type="radio"/> בעיות פריון אצל הגבר <input type="radio"/> הפרעת נפש/מחלת נפש [25] <input type="radio"/> אלרגיה <input type="radio"/> אוטיזם <input type="radio"/> פיברומיאלגיה		
		26. <input type="radio"/> מומים מולדים: <input type="radio"/> חך שסוע <input type="radio"/> אחר <input type="radio"/> אשך טמיר, האם הבעיה נפתרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, לפני _____ שנים		
		27. פוליו: <input type="radio"/> רגל אחת <input type="radio"/> יד אחת <input type="radio"/> אחר		
		28. עברת תאונה [24]		
		29. האם עברת ניתוח שלא קשור לאחת המחלות המופיעות בהצהרת הבריאות? אם כן, נא צרף סיכום ניתוח.		
		30. האם אושפזת (לרבות אשפוז יום)? [23]		
		31. האם נמצא בטיפול רפואי כלשהו, כולל תרופתי או השגחת?		
		32. מחלות: <input type="radio"/> גריאטריות <input type="radio"/> ניווניות		
		33. מוגבל בביצוע אחת מהתפועלות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידות		
		34. מחלה ו/או תופעה הקשורה ב-: <input type="radio"/> רחם [15] <input type="radio"/> דימום [15] <input type="radio"/> תופעה גינקולוגית אחרת [15] <input type="radio"/> פריון <input type="radio"/> היריון מחוץ לרחם		
		35. עברת לידה בניתוח קיסרי		
		36. נמצאת בהיריון, מה המשקל לפני ההיריון _____ ק"ג		

תאריך \_\_\_\_\_ שם המצויה \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימת המצויה \_\_\_\_\_

## ג יתור על סודיות רפואית

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת-חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי-חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר למסור להראל 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 שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כתב ויתור זה מחייב, את עוזבני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

תאריך \_\_\_\_\_ שם המצויה \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימת המצויה \_\_\_\_\_

טופס מספר 7001364 9/2005 ר"ה