

## נספח הצהרת בריאות - תאונות אישיות

**שאלון 1 – שאלון איתור סיכונים כללי: השאלון מיועד למבוטח המעוניין בהרחבת מחלות**  
 במידה ויש יותר ממועמד לביטוח אחד, על כל מועמד לביטוח לענות על שאלון זה.

1. האם התגלו אצל קרובי משפחתך (הוריק, אחיק, אחיותיק או ילדיך) המחלות הבאות (סמן/ני בטור הנכון את התשובה הנכונה):

המועמד לביטוח	המחלה	כן, פרט	לא	פרט אצל מי מקרוביך הנ"ל
	סרטן			
	אפילפסיה			
	מחלות לב			
	סכרת			
	מחלות נפש			
	מקרי התאבדות			

2. **עישון, משקאות וסמים**

המועמד לביטוח \_\_\_\_\_ האם את/ה מעשן/נת?  לא  כן, \_\_\_\_\_ סיגריות ליום, במשך \_\_\_\_\_ שנים  
 מהי צריכתך השבועית הממוצעת של משקאות חריפים? \_\_\_\_\_  
 האם את/ה צורך/כת או צרכת בעבר סמים כלשהם (למעט במסגרת טיפול רפואי)? \_\_\_\_\_

3. **מצב בריאות כללי** (בתשובות חיוביות נא לפרט):

האם סבלת או הינך סובלת/עתה מ:

- א. פצע שאינו מתרפא ו/או מחלת עור או בלוטות  לא  כן
- ב. דימום בלתי רגיל (כגון: דימום בקיבה, במעי הגס, בשתן)  לא  כן
- ג. קשיים בבליעה  לא  כן
- ד. שינויים בנקודות חן או ביבלת  לא  כן
- ה. שיעול ממושך ו/ או חוזר  לא  כן

4. האם את/ה חולה כעת במחלה כלשהי או מקבלת טיפול רפואי כלשהו או תרופות כלשהן?  לא  כן

5. האם היית מסוגלת לעבוד במשך 12 החודשים האחרונים לפני מילוי הצהרה זו?  לא  כן, אם לא, פרטי הסיבה, המגבלות ומשך הזמן \_\_\_\_\_

6. **חשיפה לסיכונים**

האם היית או הינך חשוף/ה באופן ישיר או עקיף לחומרים הבאים: (אם כן, יש לפרט: מקום, משך הזמן במשך היום, אופן ההגנה בפני חשיפה)

- א. חומרים כימיים/או גזים  לא  כן
- ב. אסבסט  לא  כן
- ג. חומרים רעילים  לא  כן
- ד. חומרים רדיו אקטיביים  לא  כן

**לנשים בלבד** (מלאי מקסימום פרטים כגון: תוצאות בדיקות, מועד ומקום)

- א. האם הינך בהריון?  לא  כן, בחודש \_\_\_\_\_
- ב. האם סבלת או את סובלת ממחלות המאופיינות כמחלות נשים?  לא  כן
- ג. האם נבדקת בבדיקה ממוגרפית (בדיקת שדיים)?  לא  כן, אם כן, מתי? \_\_\_\_\_
- ד. האם נבדקת בבדיקת פפסמיר (בדיקת צואר הרחם)  לא  כן, אם כן, מתי? \_\_\_\_\_

7. האם הינך עוסק בענף ספורט הנחשב לענף מסוכן במיוחד כגון: סקי מים, גלישת מצוקים, טיפוס הרים, ספורט חורף, צניחה, גלישה או דאייה באוויר, היאבקות, אגרוף, צלילה, ציד ורכיבה על סוסים (להלן: "ספורט אתגרי") מכל סוג שהוא?  לא  כן, אם כן, פרט את ענף הספורט האתגרי בו הינך עוסק \_\_\_\_\_

8. האם הינך ספורטאי רשום בקבוצת ספורט כלשהי?  לא  כן, אם כן, פרט \_\_\_\_\_

במידה ולמועמד לביטוח נגרמו פגיעה/פגיעות גופניות ו/או מחלות ו/או תאונות מכל סוג שהוא בעבר או בהווה או שהוא סובל מנכות ו/או מום ו/או ליקוי גופני כלשהו יש לענות על שאלון 2 דלקמן.

לתשומת לבכם: במידה ויש יותר ממועמד אחד לביטוח, ששאלון זה חל עליו, על כל מועמד לביטוח לענות על שאלון זה.

### שאלון 2 מצב בריאות מיוחד:

- א. פרט מום, או מחלה או ליקויים תורשתיים מולדים שאובחנו בך לפני מועד ההצטרפות לביטוח בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח: \_\_\_\_\_
- ב. האם נקבעו לך אחוזי נכות כללית?  לא  כן. אם כן, בשל אילו ליקויים? \_\_\_\_\_  
 על ידי איזה גורם? \_\_\_\_\_ שיעור אחוזי הנכות \_\_\_\_\_
- ג. האם היו לך פגיעות גופניות כתוצאה מתאונות או מחלות?  לא  כן.
- ד. האם סבלת בעבר מאובדן כושר עבודה זמני כתוצאה מתאונה או מחלה?  לא  כן. אם כן, פרט אחוז אובדן הכושר הזמני \_\_\_\_\_  
 משך אובדן הכושר הזמני \_\_\_\_\_
- ה. האם אושפזת אי פעם במוסד רפואי?  לא  כן. אם כן, פרט מתי, מדוע ולאילו תקופה \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### וויתור על סודיות רפואית (ייחתם ע"י כל אחד מהמוצעים לביטוח הרשומים לעיל בנפרד):

אני החתום מטה מצהיר שהתשובות דלעיל נכונות ואמיתיות ושלא העלמתי דבר בנוגע לביטוח זה. אני נותן בזה רשות לקופת חולים, לבית חולים, ולכל מוסד רפואי אחר ו/או לעובדיהם הרפואיים וכן לכל רופא ו/או לשלטונות צה"ל, ו/או למוסד לביטוח לאומי, למסור לאיילון חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבקש") כל מידע על מצב בריאותי ו/או על כל מחלותיי בעבר, ובהווה לצורך בירור זכויותי וחובותיי על פי הפוליסה, ומשחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי כלפיהם כל טענה או תביעה בקשר לכך. ויתור זה יחייב לאחר מותי את עזבוני ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

1. חתימה ותאריך	2. חתימה ותאריך	3. חתימה ותאריך	4. חתימה ותאריך
-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

### הצהרת המועמד לביטוח

אני/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לבעלות הפוליסה ו/או לביטוח מבקשים בזאת מהמבטח לקבלנו לביטוח. אנו מסכימים, מצהירים בזה ומתחייבים כי:

- כל התשובות, כמפורט בהצהרת הבריאות, הינן מלאות וכנות.
- לא הסתרתי/נו עובדות או פרטים כלשהם בידיעה שהם עניין מהותי, שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או בתנאים שבו, וידוע לנו כי אם נעשה כן בכוונת מרמה, דין תשובותינו יהיה כדין תשובה שאינה מלאה וכנה לפי חוק חוזה הביטוח, תשמ"א - 1981.
- אני/נו מצהיר/ים בזאת, כי המידע המבוקש נמסר מרצוני/נו ובהסכמת/נו, וידוע לי/נו כי הוא נחוץ למבטח לצורך הוצאת פוליסה, גביית תשלומים בגינה, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות. אני/ו מסכים/ים כי המידע שנמסר על ידי, יועבר לגורמים מטעמו של המבטח לשם מתן שירותי ביטוח, וכן לבנק לצורך גביית תשלומים. האמור לעיל יחול גם לגבי מידע שאמסור למבטח בעתיד, בקשר עם שירותי ביטוח.

תאריך	שעה	חתימת המועמד לביטוח
-------	-----	---------------------

הנני מאשר כי שאלתי את בעל הפוליסה ו/או את המועמדים לביטוח את כל השאלות המופיעות בהצהרת הבריאות והתשובות הן כפי שנמסרו אישית על ידי בעל הפוליסה והמועמדים לביטוח.

שם הסוכן	מספר הסוכן	חתימת הסוכן
----------	------------	-------------