

## הצהרת בריאות - ריסקים

למועמדים מגיל 60, יש לצרף מסמך רפואי מחפא מטפל אשר יכלול, ניתוחים, תרופות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקה דימות מיוחדות שבוצעו בחמש השנים האחרונות.

מועמד ראשי	פרטים אישיים	שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות	תאריך לידה
		גובה	משקל	שם קופת חולים	סניף	כתובת	
מועמד משני <td rowspan="2">פרטים אישיים <td colspan="2">שם משפחה</td> <td colspan="2">שם פרטי</td> <td>תעודת זהות</td> <td>תאריך לידה</td> </td>	פרטים אישיים <td colspan="2">שם משפחה</td> <td colspan="2">שם פרטי</td> <td>תעודת זהות</td> <td>תאריך לידה</td>	שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות	תאריך לידה
		גובה	משקל	שם קופת חולים	סניף	כתובת	

מעולם לא עישנתי  
 אני מעשן: \_\_\_\_\_ סיגריות / סיגרים / נרגילה / מקטרת / סיגריה אלקטרונית ליום במשך \_\_\_\_\_ שנים.  
 עישנתי בעבר, בין השנים \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ כמות של \_\_\_\_\_ סיגריות / סיגרים / נרגילה / מקטרת / סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.

מועמד				
מועמד ראשי		מועמד משני		
כן	לא	כן	לא	לא
א. שאלות כלליות: אם אחת או יותר מהתשובות חיוביות/גור, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון מתאים או מסמכים רפואיים.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. תולדות משפחה: האם, למיטב ידיעתך, קרוביך מדרגה ראשונה (הורים/אחים/ילדים) לקו באחת או יותר מהבעיות הר"מ: <input type="checkbox"/> מחלת הסרטן (יש לפרט סוג סרטן), <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות לב <input type="checkbox"/> סכרת <input type="checkbox"/> מחלות ניווניות/כרוניות <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות נפשיות <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הנטינגטון <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> פרקינסון
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. בעשר השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> האם אושפזת או הופנית לאשפוז או לחדר מיון <input type="checkbox"/> האם נותחת <input type="checkbox"/> האם יעצו לך לעבור ניתוח?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. האם עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות בחמש השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> לגילוי סרטן <input type="checkbox"/> לאבחון בעיות לב <input type="checkbox"/> בדיקות הדמיה (C.T / M.R.I) <input type="checkbox"/> מיפוי עצמות <input type="checkbox"/> בדיקות עם ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי <input type="checkbox"/> בדיקה לגילוי איידס
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. האם בחמש השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> הנך בטיפול רפואי או תרופתי או הומלץ לך להיות בטיפול רפואי או תרופתי? <input type="checkbox"/> הנך במעקב רפואי או הומלץ לך להיות במעקב רפואי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. נכות, אחוזה נכות ומום מולד: <input type="checkbox"/> האם נקבעה לך נכות או הוגשה מעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה (2), תאונה (3) או מום מולד?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. האם השתמשת או שהנך משתמשת ב: <input type="checkbox"/> סמים (4) <input type="checkbox"/> אלכוהול (5) נא לפרט סוג, כמות ותדירות _____.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ב. האם יש לך ו/או אובחנת ו/או הנך מטופלת/ת ואו קיימת לך אחת מהבעיות/מחלות המפורטות מטה? אם התשובה חיובית, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון ו/או מסמכים רפואיים.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> סכרת (6) <input type="checkbox"/> יתיר שומנים בדם (7) <input type="checkbox"/> יתיר לחץ דם בחמש השנים האחרונות (8)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/> מערכת העצבים והמוח <input type="checkbox"/> אירוע מוחי <input type="checkbox"/> שיתוק <input type="checkbox"/> הפרעות תחושה/תנועה <input type="checkbox"/> סחרחורת <input type="checkbox"/> אפילפסיה (9) <input type="checkbox"/> שיתוק מוחין <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הפרעות קשב וריכוז (10) <input type="checkbox"/> אוטיזם <input type="checkbox"/> פיגור
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/> האם פנית לרופא בתלונות הקשורות ב: <input type="checkbox"/> ירידה בקוגניציה <input type="checkbox"/> ירידה בזיכרון?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/> ריאות <input type="checkbox"/> דרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> ברוכיטיס <input type="checkbox"/> אמפיזמה <input type="checkbox"/> מחלת ריאות חסימתית <input type="checkbox"/> שחפת (11)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות לב <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כלי הדם <input type="checkbox"/> התקף לב <input type="checkbox"/> קרדיומיופתייה <input type="checkbox"/> טרומבוז <input type="checkbox"/> מחלת לב איסכמית <input type="checkbox"/> אי ספיקת לב <input type="checkbox"/> הפרעות קצב הלב <input type="checkbox"/> בעיות מסתמי הלב <input type="checkbox"/> מומי לב <input type="checkbox"/> דלקת כלי הדם/וסקוליטיס <input type="checkbox"/> אנמיה (12)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/> מחלת נפש <input type="checkbox"/> הפרעה נפשית <input type="checkbox"/> חרדה <input type="checkbox"/> דיכאון (13)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כבד <input type="checkbox"/> הפטיטיס/צהבת <input type="checkbox"/> שחמת הכבד <input type="checkbox"/> כבד שומני <input type="checkbox"/> הפרעה בתפקודי הכבד (14)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/> בעיות מעיים ודרכי העיכול <input type="checkbox"/> קרוהן <input type="checkbox"/> קוליטיס <input type="checkbox"/> אולקוס/כיב קיבה <input type="checkbox"/> מעי רגז <input type="checkbox"/> פיסורה <input type="checkbox"/> טחורים (15)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כליות ודרכי השתן <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> דם או חלבון בשתן (16)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. <input type="checkbox"/> מחלת איידס <input type="checkbox"/> נשאות איידס
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. <input type="checkbox"/> בעיות ראוטולוגיות <input type="checkbox"/> מחלת ובעיות מפרקים ועצמות <input type="checkbox"/> דלקת פרקים <input type="checkbox"/> פיברומיאלגיה (17) <input type="checkbox"/> גאוט (18) <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> בריחת סידן <input type="checkbox"/> אנקילוזינג ספונדיליטיס F.M.F (19)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. <input type="checkbox"/> סרטן <input type="checkbox"/> מחלות ממאירות <input type="checkbox"/> גידולים (ממאירים או שפירים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. <input type="checkbox"/> מחלות אוטואימוניות <input type="checkbox"/> מחלות ניווניות <input type="checkbox"/> מחלות כרוניות <input type="checkbox"/> לופוס/זאבת <input type="checkbox"/> ניוון שרירים <input type="checkbox"/> סרקואידוזיס <input type="checkbox"/> הפרעות ו/או מחלות אנדוקרינולוגיות כולל בעיות ומחלות בלוטות (20 / 21)



מועמד ראשי		מועמד משני		מועמד
כן	לא	כן	לא	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ג. בעת רכישת כסויים נוספים (שאינם ריסק למקרה מוות) יש לענות גם על השאלות הבאות: אם יש לך ו/או אובחנת ו/או הנך מטופלת ו/או קיימת לך אחת מהבעיות/מחלות המפורטות מטה? אם התשובה חיובית, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון ו/או מסמכים רפואיים.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. מחלות עיניים וראייה: <input type="checkbox"/> גלאוקומה <input type="checkbox"/> רטיניטיס פיגמנטוזה <input type="checkbox"/> קוצר ראייה (מספר עדשות מעל 7) <input type="checkbox"/> קטרקטוקנוס <input type="checkbox"/> בעיה אחרת (22)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. מחלות אף אוזן וגרון: <input type="checkbox"/> ירידה בשמיעה <input type="checkbox"/> טנטון <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> גרון (23)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. בעיות אורטופדיות: <input type="checkbox"/> כאבי גב ו/או צוואר (24) <input type="checkbox"/> בעיה בעמוד שדרה (24) <input type="checkbox"/> בלט דיסק ו/או פריצת דיסק (24) <input type="checkbox"/> בעיות ו/או קרעים ברצועות או במיניסקוס <input type="checkbox"/> CTS <input type="checkbox"/> בעיה אחרת
<b>ד. הערות</b>				

אני הח"מ מצהיר בזה ומאשר בחתימת ידי שתשובתי לכל השאלות הנ"ל הינן נכונות ומלאות. ידוע לי כי תשובתי אלו משמשות בסיס לכריתת חוזה הביטוח ומהוות חלק בלתי נפרד ממנו.

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד הראשי: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד המשני: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_

הצהרה - ויתור על סודיות רפואית	
<p>אני הח"מ, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת חולים ובתי חולים, עובדיהם, רופאיהם, מכונים הרפואיים ומעבדותיהן ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לבטוח לאומי על עובדיו או למשרד הביטחון וצה"ל ו/או למשטרת ישראל ו/או לרשויות מקומיות ומשרדי הממשלה על עובדיהם ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או שירות התעסוקה ו/או לחברות בטוח אחרות על עובדיהן ו/או קרנות הפנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בי אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאותי ו/או מצוי בידיו חומר כזה שהועבר ע"י צד ג' כלשהו ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך בחינת הליך הצטרפתי לביטוח המבוקש למסור להכשרה חברה לבטוח בע"מ כל מידע רפואי אודותי, מחלות שיש לי בהווה או שהיו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בהווה או קבלתי בעבר או שאקבל בעתיד ו/או צילומים מדו"חות האשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימת הרופאים אצלם ביקרתי.</p> <p>כתב ויתור זה מחייב אותי, את עוזבני, את יורשיי, את מוטביי, את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי. אני מוותר על סודיות זו כלפי הח"מ ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה כלפי המוסדות או למי מהרופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירותים שלהם.</p>	
תאריך _____	שם המועמד הראשי: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה * _____
תאריך _____	שם המועמד המשני: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה * _____
<b>פרטי העד לחתימה: סוכן ביטוח / עו"ד / רופא</b>	
תאריך: _____	שם מלא: _____ מספר ת.ז.: _____ מספר רישיון: _____ חתימה+ חותמת: * _____