

## אישור רפואי להכללת כיסוי החמרה למחלה קיימת בפוליסה "דרכונית"

פרטי הסוכן	מס' הסוכן	שם הסוכן	סניף	מס' פוליסה
------------	-----------	----------	------	------------

היות וברצוני לבטח את עצמי במשך תקופת נסיעתי לחו"ל בפוליסה "דרכונית" ולכלול החמרה למחלה קיימת ובכפוף לתנאי הפוליסה הריני מפרט להלן את מצבי תוך מתן תשובות לכל השאלות שנשאלתי.  
 ברור לי כי על טופס זה להגיע למשרד הראשי של הפניקס חברה לביטוח בע"מ שבוע לפני מועד נסיעתי ועל פיו תקבע כשירותי להתקבל לביטוח.  
 אין הפניקס מתחייבת לקבל לביטוח מי שמילא טופס זה.

### ← לתשומת לב

לא ניתן לקבל כיסוי להחמרה של מחלה קיימת לתקופת שהות בחו"ל העולה על 60 יום.

### ← פרטי אישיים

שם פרטי		שם משפחה		
טלפון	כתובת פרטית			
מספר דרכון		ת.ד.	תאריך לידה	
טלפון	מקום עבודה	מקצוע		
מס' חברות	סניף	חבר בקופת חולים		

### ← היסטוריה רפואית (פירוט למטה)

1. מחלות עבר שאינן פעילות	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	3. מחלת בהווה פעילות	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
2. מחלות בהווה מאוזנות	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	4. טיפול תרופתי	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
פירוט			

### ← האם את/ה סובלת/ת או סבלת מבעיות המפורטות מטה (פירוט למטה)

1. לב - ו/או כלי דם	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	10. רעידות, שיתקים התכווצויות	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
2. כליות ו/או דרכי שתן	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	11. סכרת	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
3. כבד	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	12. אולקוס (כיב בקיבה או תריסרון)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
4. מע' עצבים מרכזית	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	13. דימום ממערכת העיכול	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
5. מחלה ממארת	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	14. דלקות כרוניות	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
6. אבודי הכרה ו/או סחרחורות	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	15. פצעים שלא הגלדו מעל 3 חודשים	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
7. מחלת נפש	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	16. מחלות ריאה	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
8. ריאה - (ריאה כפולה, איבוד ריאה זמני)	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	17. בעיות גניקולוגיות	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
9. איידס	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	18. מחלות או הפרעות שלא פורטו לעיל	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
פירוט			

### ← מחלות, ניתוחים, אישפוזים

מס'	תאריך	משך אישפוז	בית חולים	פרטים

