



הצהרת בריאות מלאה

הצהרת בריאות מלאה (מועמד מעל גיל 18 ימלא באופן עצמאי אודותיו את הצהרת הבריאות)

- מועמד לביטוח בגיל 65 ומעלה - יש להמציא בנוסף להצהרת הבריאות גם תמצית תיק רפואי מקופ"ח המתייחס למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.
- במקרים בהם קיים מידע רפואי (או אחר) בחברה ייתכן ויעשה בו שימוש לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח.
- תוקף הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועמד החתימה - מעבר ל 60 יום - נדרשת הצהרת בריאות מלאה חדשה.

1. פרטים כלליים											
שם המועמד לביטוח											
למילוי מגיל 16											
גובה (בס"מ)											
משקל											
2. שאלון מבוא כללי											
רביעי	שלישי	שני	ראשון	מועמד שני	מועמד ראשון	כן	לא	כן	לא	כן	לא
2.1 האם הנך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות לרבות סיגריה אלקטרונית ו/או נרגילה?											
נא ציין כמות סיגריות ליום											
2.2 האם הנך צורך באופן קבוע משקאות אלכוהוליים בכמות של יותר מ 2 כוסות משקה ליום לרבות יין בירה או כל משקה אלכוהולי אחר?											
2.3 האם למיטב ידיעתך התגלו בקרב אחד מקרוביך מדרגה ראשונה בלבד אב/אם/אח/ אחות אחת או יותר מהמחלות הבאות שבמועד האבחנה היו צעירים מגיל 55: רק במידה וסומן "כן" נדרש לסמן את המחלה הרלוונטית מתוך 2.1-2.5 (ניתן לסמן יותר מאפשרות אחת)											
2.3.1 סרטן											
2.3.2 סכרת סוג 1											
2.3.3 סכרת סוג 2											
2.3.4 שבץ מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אלצהיימר, מחלת הפרקינסון											
2.3.5 לב											
3. האם חלית ו/או אבחת או סבלת מאחת מהמחלות ה/או התופעות ו/או המומים ו/או הפרעות ו/או בוצע הליך רפואי?											
3.1 מחלות לב וכלי דם, לרבות, יתר לחץ דם בעשר השנים האחרונות? (9)*											
3.2 מערכת העצבים והמח לרבות: אירוע מוחי כגון: CVA, TIA, שבץ מוחי, הפרעות קשב וריכוז, אוטיזם, תסמונת דאון? אפילפסיה, כאבי ראש כרוניים בחמש השנים האחרונות, מיגרנות, התעלפויות חוזרות, הפרעה בשיווי משקל, סחרחורת, פרקינסון, ניוון שרירים, ניוון במערכת העצבים, טרשת נפוצה, שיתוק או חולשה בגפיים, ליקויי קואורדינציה, הפרעות התפתחות וגדילה?											
3.3 מחלות מערכת העיכול לרבות, וטש, תריסריון, קיבה מעיים, כבד, כיס המרה, ניתוח בריאטרי - קיצור קיבה, דם סמוי? (6)*											
3.4 מחלות והפרעות במערכת ההפרשה הפנימית לרבות, בלב-פנקריאס, בבלוטת התריס (תירואיד), בחילוף חומרים, סכרת, עודף שומנים בדם, הזעת יתר, הפרעות הורמונליות, הפרעות התפתחות וגדילה? (1)*											
3.5 מחלות עיניים והפרעות בראייה לרבות, מספר משקפיים מעל שמונה דיאופטיות?											
3.6 מחלות והפרעות במערכת אף, אוזן, גרון לרבות, דום נשימה?											
3.7 מחלות/כאבים במערכת השלד לרבות, עמוד השדרה והמפרקים/ראומטולוגיה, כאבי גב, דלקות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, הלוקס וולגוס, שברים בשלוש השנים האחרונות? (2)*(3)*											
3.8 מחלות והפרעות במערכת הנשימה והריאות לרבות, שיעול ממושך מעל שלושה שבועות, שיעול דמי? (4)*											
3.9 מחלות והפרעות במערכת הכליות לרבות, דרכי השתן, אי ספיקת כליות, דם או חלבון בשתן, צניחת שלפוחית השתן?											
3.10 מחלה ממארת (סרטן) לרבות, גידולים שפירים, לוקמיה, מיאלומה, לימפומה, מלנומה BCC? (7)*											
3.11 מחלות מערכת הדם לרבות, הפרעות בקרישת הדם כגון קרישיות יתר, תת קרישיות, APLA?											
3.12 מחלות ותופעות בעור לרבות כתמי לידה, שומות במעקב?											
3.13 מחלות במערכת החיסון (אוטואימוניות) לרבות פגיעה במערכת החיסונית, FMF, לופוס-זאבת, איידס לרבות, נשאות נגיף האיידס HIV?											

המשך הצהרת בריאות												
מועמד ראשון		מועמד שני		ילד ראשון		ילד שני		ילד שלישי		ילד רביעי		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.14 מחלות נפש לרבות, מחלת נפש ו/או בעיה נפשית שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה ו/או הפרעות אכילה? (8)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.15 למילוי מגיל 18 מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית: לרבות, הגדלה של בלוטת הערמונית, עלייה בערכי PSA, בעיית פריון? מחלות והפרעות במערכת המין הנשית: לרבות, הפרעות מחזור, הפלות חוזרות, הגדלה/הקטנה של השדיים, קונדילומה, ניתוחים קיסריים בעבר, בעיית פריון?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.16 בקע/הרניה לרבות, מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.17 ילדים עד גיל-3 אם נולד פג? במקרה וכן יש לצרף דו"ח אבחנות וטיפולים עדכני מהרופא המטפל. ילדים זכרים עד גיל-18 אם קיימת אבחנה לאשך טמיר?

4. שאלות נוספות

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.1 האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות ו/או בדיקות הדמיה בחמש השנים האחרונות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.2 האם ב 5 שנים האחרונות אושפזת ו/או עברת ניתוח ו/או הומלץ לך לעבור ניתוח עתידי לרבות, ניתוח קוסמטי ו/או עברת השתלת איבר בעשר שנים האחרונות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.3 האם הינך נוטל ו/או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בשלוש שנים האחרונות?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.4 האם נקבעה לך נכות זמנית או צמיתה ו/או בתהליך קביעת נכות לרבות, נכות ממחלה או תאונה?

(* - בעת מתן מענה חיובי, נדרש למלא שאלון המשך (שאלון מחלות מפורט) לפי המספר המצוין בסוגריים.

בנוסף, בעת מענה חיובי לאחת מהשאלות, אנא פרט בטבלה מטה את פירוט הממצאים החיוביים.

פירוט ממצאים חיוביים

שם המועמד	מספר שאלה	אבחנה / מחלה / בדיקה מועד התחלה/ סיום, סיבוכים כן/לא, אירועים חוזרים כן/לא, הבראה מלאה כן / לא, סוג טיפול (תרופה, ניתוח וכו')

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
תאריך	חתימת מועמד ראשון	חתימת מועמד שני	ילד בוגר _____