



שאלון הצהרת בריאות מורחב (עבור ריסק מעל שני מיליון ו/או מעל גיל 55, כיסויי נכות, מרפא לחיים)

מועמד ראשון		מועמד שני		שאלון רפואי
כן	לא	כן	לא	
<p>לצורך בחינת קבלתך לביטוח עליך לענות על השאלות הבאות בהצהרת הבריאות, חשוב שתשובותיך יהיו מלאות וכנות. במידה ולא תשיב כך, עלולה להיות לכך השלכה על תגמולי הביטוח.</p> <p>- תוקף הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועד החתימה, מעבר ל 60 יום נדרשת הצהרת בריאות חדשה.</p> <p>- מועמדים בני 65 ומעלה - יש לצרף תמצית מידע מקופ"ח (המתייחסת למצבך הרפואי כולל אבחנות, ניתוחים, תרופות קבועות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מחמש השנים האחרונות)</p>				
				1
גובה (בס"מ):				
משקל:				
שאלון רפואי				
				2
האם היו שינויים של למעלה מ-5 ק"ג במשקל בשנה האחרונה?				
3				
האם בשנה האחרונה נטלת תרופות שנרשמו לך על ידי רופא למשך יותר מ-3 שבועות? או נוטל באופן קבוע תרופות ללא מרשם? אם כן: מועמד ראשון: שם תרופה: _____; סבת טיפול: _____ מועמד שני: שם תרופה: _____; סבת טיפול: _____				
4				
האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות כולל למטרת ניתוח? (יש לצרף דו"ח אישפוז אם קיים) אם כן: מועמד ראשון: סוג אשפוז/ ניתוח: _____; תאריך: _____; משך אשפוז: _____ מועמד שני: סוג אשפוז/ ניתוח: _____; תאריך: _____; משך אשפוז: _____				
5				
האם נקבעה לך נכות מכל סיבה שהיא ו/או הינך בתהליך קביעת נכות מכל סיבה שהיא ו/או הגשת תביעת נכות מכל סיבה שהיא לגורם כלשהו בשנתיים האחרונות? (יש למלא שאלון נוסף) אם כן: מועמד ראשון: דרגת נכות: _____%; מועמד שני: דרגת נכות: _____%				
6				
האם עברת או הומלץ לך לעבור ב-5 השנים האחרונות בדיקות לרבות בדיקות פולשניות כגון ביופסיה או צנתור או קולונוסקופיה או בדיקות הדמיה כגון CT או MRI, אקו לב, מיפוי עצמות (יש לצרף תוצאות הבדיקות)				
7				
האם עברת ניתוח ו/או הומלץ על ניתוח בעתיד ו/או השתלת איבר ב-10 השנים האחרונות? (יש לצרף תוצאות בדיקה)				
8				
האם הינך מעשן או עישנת במהלך השנתיים האחרונות? - מועמד ראשון: כמות סיגריות _____ מועד הפסקת עישון _____/_____/_____ מועמד שני: כמות סיגריות _____ מועד הפסקת עישון _____/_____/_____				
9				
האם השתמשת אי פעם או הינך משתמש בסמים מכל סוג שהוא? אם כן: מועמד ראשון: סוג: _____; תדירות: _____; מועמד הפסקה: _____ מועמד שני: סוג: _____; תדירות: _____; מועמד הפסקה: _____				
10				
האם הינך צורך יותר מ-14 פחיות/כוסות של משקאות חריפים בשבוע? (יש למלא שאלון נוסף)				
11				
האם חלית ו/או אובחנת ו/או סבלת מאחת מהמחלות הבאות או אחד מהאירועים הבאים:				
11.1 מחלות לב וכלי דם לרבות: חסימת כלי דם/צנתור/מעקפים, התקף לב, כאבים בחזה, הפרעת קצב, הפרעות מסתמי הלב, איוושה, יתר לחץ דם מטופל תרופתית בשנה האחרונה, פקקת/קריש דם, מפרצת (יש למלא שאלון נוסף)				
11.2 מערכת העצבים והמוח לרבות: אירוע מוחי/שבץ, אפילפסיה, פרקינסון, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, שיתוק/חולשה בגפיים (יש למלא שאלון נוסף)				
11.3 מחלות מערכת העיכול לרבות: קרוהן, קוליטיס				
11.4 מחלות במערכות ההפרשה פנימית, לרבות: סוכרת, יתר שומנים בדם, הגדלה של הערמונית או ערך PSA מוגבר (יש למלא שאלון נוסף)				
11.5 מחלות כבד לרבות: הפטיטיס, הפרעה בתפקודי כבד, שחמת				
11.6 מחלות שלד / פרקים / ראומטולוגית: בלט/פריצת דיסק, ליקויים בעמוד שדרה, בריחת סידן/אוסטיאופורוזיס, דלקת מפרקים/ארטריטיס, זאבת/לופוס, FFM / קדחת ים תיכונית				
11.7 מחלות נשימה לרבות: אסטמה, COPD/מחלת ריאות כרונית חסימתית/אמפיסמה, סיסטיק פיברוזיס				
11.8 מחלות כליות לרבות: אי ספיקת כליות, ציסטות בכליות, דם או חלבון בשתן				
11.9 מחלות נפש לרבות: דיכאון, פוסט טראומה, מאניה-דיפרסיה - הפרעה ביפולרית/דו קוטבית, סכיזופרניה				
11.10 מחלות מערכת החושים לרבות עיוורון, קטרקט, גלאוקומה, היפרדות רשתית, ליקוי שמיעה, מספר משקפיים מעל 8				
11.11 HIV: נשא או חולה איידס				
11.12 גידולים, שפיר או ממאיר, לוקמיה, לימפומה, מיאלומה, סרטן עור, מלנומה (יש למלא שאלון נוסף)				
11.13 מחלות דם - אנמיה, הפרעות קרישה, הפרעות בתאי דם/ספירת דם				
11.14 מחלות במערכת החיסון לרבות מחלות אוטואימוניות				
11.15 מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית				
11.16 מחלות והפרעות במערכת המין הנשית והריון				
11.17 הסטוריה משפחתית: למיטב ידיעתך, האם יש בין קרובי משפחתך מדרגה ראשונה אב, אם, אחים ואחיות שהינם צעירים מגיל 55 וחולים ב- מחלות לב, סרטן, סוכרת, שבץ מוחי?				

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, חובה למלא שאלון מחלות מפורט, בהתאם לבעיה הרפואית.

← רשימת שאלוני המשך

1. סוכרת	3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם	5. נכויות/פציעות	7. גידולים	9. שאלון יתר לחץ דם
2. גב ועמוד השדרה	4. דרכי הנשימה	6. דרכי העיכול	8. בעיות נפשיות	10. שאלון מחלות כללי

פירוט ממצאים חיוביים – בעת מענה חיובי לאחת מהשאלות, אנא פרט בטבלה מטה את פירוט הממצאים החיוביים.

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')

← אישור הסוכן/ נציג המכירות של "פניקס"

אני הח"מ _____ ת.ז. _____, סוכן ביטוח/נציג מכירות של "פניקס" מאשר ומצהיר בזאת כדלקמן:
 בתאריך ____ / ____ / ____ בשעה _____ שוחחתי טלפונית עם המועמד הראשון לביטוח בטל' מס' _____
 ובתאריך ____ / ____ / ____ בשעה _____ שוחחתי טלפונית עם המועמד השני לביטוח בטל' מס' _____
 (כשיש 2 מבוטחים בוגרים חובה לדבר עם שניהם) ומילאתי עבורם ובשמם את הצהרת הבריאות המצורפת.

חתימות

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המועמד הראשון
				X
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	חתימת המועמד השני
				X