



### הצהרת בריאות מקוצרת – (עבור ריסק עד שני מיליון ועד גיל 55, מוות מתאונה, שחרור מתשלום פרמיות)

על מנת לבדוק את קבלתך לביטוח **נעבור כעת להצהרת הבריאות**, חשוב שתשובותייך יהיו מלאות וכנות. במידה ולא תשיב כך, עלולה להיות לכך השלכה על תגמולי הביטוח.

הצהרת בריאות מקוצרת				
האם אצל מי מבין המועמדים לביטוח אובחנה אחת המחלות / קיים אחד הליקויים והמומים / בוצעו בדיקות וטיפולים או נטילת תרופות / קיימת תשובה חיובית לאחת מהשאלות המפורטות מטה? - תוקף הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועד החתימה, מעבר ל 60 יום נדרשת הצהרת בריאות חדשה.				
מועמד ראשון	מועמד שני			
		1 גובה (בס"מ) משקל		
לא	כן	לא	כן	שאלון רפואי
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 האם בשנה האחרונה סופלת (או הומלץ על טיפול) תרופתי יותר מ- 3 שבועות? אם כן: מועמד ראשון: שם תרופה: _____ סיבת טיפול: _____ מועמד שני: שם תרופה: _____ סיבת טיפול: _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 האם בשנה האחרונה הומלץ לך או שהינך מועמד לביצוע בדיקה פולשנית, בדיקת הדמיה (לרבות US, CT ו-MRI) או ניתוח? אם כן: מועמד ראשון: סוג בדיקה/ ניתוח: _____ תאריך: _____ אבחנה: _____ מועמד שני: סוג בדיקה/ ניתוח: _____ תאריך: _____ אבחנה: _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 האם הנך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות נא ציין כמות סיגריות ליום
5 האם אי פעם אובחנו אצלך מומים/ הפרעות באחד או יותר מהאיברים ו/או המערכות הבאים ו/או חלית באחת המחלות הבאות:				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	א מחלות לב, כלי דם ודם
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ב מחלות מערכת העצבים והמוח
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ג גידול ממאיר (סרטן)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ד כליות ושתן
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ה כבד
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ו נשימה/ריאות
6 ברכישת כיסוי למקרה של אובדן כושר עבודה/ שחרור יש לענות בנוסף על השאלות הבאות:				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	חושים (ראייה, שמיעה)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	בעיות שלד/מפרקים/אורתופדי/ראומטולוגי

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

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

#### אישור הסוכן/ נציג המכירות של "הפניקס"

אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_, סוכן ביטוח/נציג מכירות של "הפניקס" 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

<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המועמד הראשון	ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המועמד השני	ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך