הצהרת בריאות למבוטחים
הנדרשים למלא הצהרת בריאות בלבד!

הטופס מיועד לגברים ונשים כאחד, אך למען הפשטות והיעילות מנוסח בלשון זכר.

במקרה בו סומנה תשובה חיובית על אחת או יותר מן השאלות המפורטות, יש לסמן ✓ במשבצת הסמוכה למחלה או הבעיה הרלוונטית המצויה בשאלה, וכן **לתת פירוט ברור בתחתית הצהרת הבריאות**. **לידיעתך, ייתכן כי יידרשו מסמכים נוספים ו/או בבדיקה רפואית בהתאם למקובל בחברה.**

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

מספר זהות: _____ תאריך לידה: _____ מין: ז\נ

1א	האם הינך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות? אם כן ציין סוג וכמות	כן	לא
1ב	האם אתה צורך או צרכת סמים בעשר שנים האחרונות?	כן	לא
1ג	האם אתה צורך או צרכת כמות של מעל שתי מנות אלכוהול ביום בממוצע בעשר שנים האחרונות?	כן	לא
האם אובחנת במחלות/ ההפרעות ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:			
2	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ללב וכלי דם: □ לב □ כלי דם	כן	לא
3	מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי או בדיאטה במהלך 10 שנים האחרונות: □ יתר לחץ דם □ סכרת (לרבות סכרת הריון)	כן	לא
4	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: □ ריאות □ דרכי הנשימה	כן	לא
5	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: □ מערכת העצבים □ המוח □ טרשת נפוצה □ אירוע מוחי □ אפילפסיה	כן	לא
6	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: □ מערכת העיכול □ המעיים □ כבד □ מחלת צהבת (הפטיטיס) לסוגיה	כן	לא
7	□ גידול שפיר □ גידול ממאיר □ מחלה ממארת (סרטן)	כן	לא
8	מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות מתח, חרדה ודיכאון)	כן	לא
9	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: □ כליות □ דרכי שתן □ אי ספיקת כליות	כן	לא
10	מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: □ ריאומטולוגיה □ דלקת פרקים □ לופוס (זאבת) □ פיברומיאלגיה	כן	לא
11	□ מחלות זיהומיות □ איידס □ נשאות לאיידס	כן	לא

12	נכות, אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד?	כן	לא
13	**תרופות**: האם אתה נוטל תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע במשך 5 השנים האחרונות?	כן	לא
14	**אשפוזים**: האם אושפזת או הפנית לבית חולים לצורך אשפוז (לרבות בחדר מיון) כתוצאה ממחלה או תאונה במשך 5 השנים האחרונות?	כן	לא
15	□ בעיה/הפרעות/מחלות אורתופדיות □ כאבי גב □ בעיה בעמוד השדרה □ מפרקים ועצמות	כן	לא

גובה:_____ס מ	משקל:_____ ק ג	שם קופת חולים:	שם הסניף וכתובתו
שם וכתובת הרופא המטפל			

למבוטח שגיל הולדתו ה-65 יחול בחצי שנה הקרובה או שעבר את גיל 65, יש לצרף סיכום רפואי מרופא מטפל הכולל רשימת אבחונים וטיפולים, מצב רפואי, ניתוחים בעבר או בעתיד, אשפוזים והתייחסות לממצאי בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו בחמש שנים האחרונות.

במידה וענית על אחת מהשאלות לעיל כן , אנא פרט:

_____

_____

_____

<u>מידע למועמד לביטוח</u>

- לידיעתך התשובות להצהרת הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לביטוח וכן לכל דבר וענין אחר הקשור לפוליסה ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת _____ (_____ השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע מ וחברות בנות שלה) ו/או מישהו מטעמן תעשה בו שימוש לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת _____.

תאריך: _____ חתימה: _____

<u>הצהרת המבוטח</u>

אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנו מרצוני החופשי

תאריך: _____ חתימה: _____

<u>ויתור סודיות רפואית</u>

- אני/נו החתום/ים מטה נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, **ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש** למסור להראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "**המבקש**") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש. ולא תהיינה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עזבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

תאריך:_____ חתימה: _____