

לכבוד
הראל חברה לביטוח בע"מ, אגף ביטוח עובדים זרים/תזרימים
אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, פקס: 03-7348083, מייל: fax7930@harel-ins.co.il

א פרטי המועמד לביטוח

מס' דרכון	שם המשפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
בהצהרת הבריאות יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה. במידה והתשובה לאחת השאלות חיובית יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.				
שאלות כלליות				
כן	לא			
		1. האם בששת החודשים האחרונים חלה ירידה במשקלך ב-6 ק"ג או יותר? אם כן - נא פרט הסיבה.		
		2. האם הנך משתמש או השתמשת בסמים? <input type="checkbox"/> האם הנך שותה/שתיית, באופן קבוע, משקאות אלכוהוליים (יותר מ-2 כוסות ביום)?		
		3. מהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: האם הופנית במהלך 5 השנים האחרונות ו/או הנך נמצאת/כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנותיות הבאות, שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: צנתור, מיפוי, אקו לב, CT, MRI, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי) ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה? (אם כן יש להעביר תעודה מהרופא המטפל עם התייחסות לסיבה לביצוע הבדיקה, תוצאות הבדיקה ואבחנה סופית).		
		4. האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב-5 השנים האחרונות? נא פרט/י.		
		5. האם עברת תאונה ב-5 השנים האחרונות? נא פרט/י מתי ומה היתה מהות הפגיעה בתאונה.		
		6. האם אושפזת מעל ל-3 ימים ב 5 השנים האחרונות? אנא פרט סיבת האשפוז והטיפול שקיבלת.		
		7. האם במהלך 10 השנים האחרונות הנך נוטלת או הומלך לך ליטול תרופות באופן קבוע? נא פרט/י מה הבעיה בגינה הנך מטופל, מהו הטיפול, כמה זמן הנך נוטלת תרופה זו?		
כן	לא	האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:		
		8. <input type="checkbox"/> מערכת העצבים <input type="checkbox"/> אירוע מוחי <input type="checkbox"/> אפילפסיה <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> שיתוק <input type="checkbox"/> חולשת גפיים <input type="checkbox"/> רעד <input type="checkbox"/> ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת <input type="checkbox"/> פרקינסון, במידה והתשובה לאחת או יותר מהבעיות חיובית, יש לצרף מכתב עדכני מהרופא הניירולוג המטפל.		
		9. מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה?		
		10. עיניים וראייה (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7).		
		11. מערכת: <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> אוזן <input type="checkbox"/> גרון		
		12. <input type="checkbox"/> לב <input type="checkbox"/> כלי דם		
		13. <input type="checkbox"/> מחלת דם <input type="checkbox"/> הפרעות קרישה		
		14. מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי/בדיאטה במהלך 10 השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם <input type="checkbox"/> סוכרת (לרבות סוכרת הריון) <input type="checkbox"/> שומנים גבוהים/כולסטרול <input type="checkbox"/> מחלה כרונית אחרת		
		15. בלוטת המגן (בלוטת התריס)		
		16. <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> שחפת <input type="checkbox"/> דלקת ריאות כרונית <input type="checkbox"/> COPD (מחלת ריאות חסימתית כרונית) <input type="checkbox"/> חזה אויר (פנאומוטורקס)		
		17. <input type="checkbox"/> קיבה <input type="checkbox"/> מעיים <input type="checkbox"/> ושט <input type="checkbox"/> כיס המרה <input type="checkbox"/> כבד <input type="checkbox"/> צהבת <input type="checkbox"/> טחורים - האם עברת ניתוח: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך: האם הבעיה נפתרה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		
		18. <input type="checkbox"/> בקע (הרניה): מיקום הבקע: <input type="checkbox"/> בסרעפת <input type="checkbox"/> בטבור <input type="checkbox"/> במפשעה הימנית <input type="checkbox"/> במפשעה השמאלית <input type="checkbox"/> האם עברת ניתוח לטיפול בבקע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתי? (תאריך) האם הבעיה נפתרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		
		19. איידס ו/או נשאות HIV		
		20. זאבת (לופוס)		
		21. <input type="checkbox"/> כליות <input type="checkbox"/> דרכי השתן		
		22. <input type="checkbox"/> גב ועמוד השדרה <input type="checkbox"/> ברכיים <input type="checkbox"/> שברים <input type="checkbox"/> מפרקים		
		23. <input type="checkbox"/> גידולי עור		
		24. <input type="checkbox"/> עגבת <input type="checkbox"/> הרפס		
		25. גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן)		
		26. לנשים (מגיל 14 בלבד): <input type="checkbox"/> שדיים לרבות הגדלת חזה <input type="checkbox"/> מערכת גניקולוגית <input type="checkbox"/> האם הנך בהריון? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> האם עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן מתי?		

פרט.....



1. אני מצהיר בזה כי כל התשובות נכונות, מלאות וניתנו מרצוני החופשי.
2. התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר למבטח וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה, ישמשו תנאי מהותי לחוזה הביטוח בינך לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
3. הרשות בידי המבטח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שיהיה חייב להצדיק את החלטתו. לידיעתך, חוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהמבטח יוציא אישור בכתב על קבלת המבוטח לביטוח ולאחר שדמי הביטוח הראשונים שולמו במלואם. תנאי זה של תשלום מלוא דמי הביטוח הראשונים, לא יחול אם התקבל על ידי המבטח אמצעי תשלום שניתן לגבות ממנו את פרמיית הביטוח.
4. המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסות ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ו/או מי מטעמן תעשנה 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 הראל.
5. האם חברת ביטוח כלשהי סרבה או ביטלה אי פעם את הצעתך לביטוח בריאות? לא כן, פרט.....
6. **ויתור על סודיות רפואית:** 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 ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור הזכויות והחובות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש למסור להראל לרבות כל מידע המצוי בידי החברה ופרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש/ים, 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". כתב ויתור זה מחייב/נו, את עצבוננו/נו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

טופס הצהרת בריאות זה נחתם על ידי המועמד לביטוח לאחר שהוסבר לו תוכנו בשפה המובנת לו.

תאריך..... חתימת המועמד לביטוח  חתימת העד 