

### הצהרה על מצב בריאות

על המועמד לביטוח להשיב על הצהרת הבריאות על כל פרטיה. ולסמן את התשובה "כן" או "לא" בנוף השאלון. אם התשובה חיובית ("כן") יש לציין את מספר השאלה במקום המיועד לתשובות על ממצאים חיוביים ולפרט את הממצאים, סיכומי המחלה והמצב הנוכחי.

#### שאלות כלליות

כן	לא	
		1. האם אושפזת אי פעם בבית חולים או במוסד רפואי? (איזה, מתי, סיבה) צרף סיכומי מחלה ומידע עדכני.
		2. האם עברת פעם ניתוח או ייעוץ לך לעבור ניתוח? (פרט).
		3. האם נפצעת פעם? האם יש לך נכות כלשהי? (פרט).
		4. האם עברת בדיקות שגרתיות כגון: דם, שתן, או א.ק.ג., האם הבדיקות היו תקינות? (פרט).
		5. האם עברת בדיקות הדמיה כגון: צילומי רנטגן שונים, חזה, דרכי עיכול, כליות, עצמות ועוד? בדיקות סיפי, צינתור, טומוגרפיה ממוחשבת (U.S, M.R.I, C.T)? (פרט סיבה, מועד ותוצאות).
		6. האם את/ה חולה כעת במחלה כלשהי או הידוע לך על הפרעה בריאותית כלשהי והאם קבלת או את/ה מקבלת טיפול או תרופות? (פרט, כולל מינון ומשך הטיפול).
		7. לנשים בלבד - האם את סובלת או סבלת מסחלות נשים כגון: אי סדירות בווסת, בעיות פוריות, דימומים, נושמים בשדיים, בעיות ברחם ובשחלות, ממצאים לא תקינים בבדיקה גינקולוגיות (כגון: P.A.P) או הפרעות גינקולוגיות אחרות, אם כן נא פרטי _____ האם את בהריון? _____ מה מספר העוברים? _____ האם סבלת מבעיות בהריונות קודמים או בהריון המכחי, אם כן, פרטי _____ האם ילדת בניתוח קיסרי? _____
		8. האם סבלת או את/ה סובלת מאובדן היכולת לעבוד באופן חלקי או מלא. (פרט).

#### שאלות על מחלות (האם סבלת או אתה סובל)

כן	לא	
		9. לב וכלי דם - א. מחלת לב, כאבים בחזה, קוצר נשימה, דפיקות לב, תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס), אוטם שריר הלב, הפרעות בקצב, בעיה בשסתום הלב, מחלת לב מולדת, מחלת שריר הלב או קרום הלב. ב. יתר לחץ דם. ג. כלי דם - כאבי רגלים בהליכה, קרישי דם, דליות בוורידים, הפרעות במחזור הדם, היצרות עורקים.
		10. מערכת עצבים - סחרחורת, כאבי ראש, התעלפויות שיתוקים, התכווציות (אפילפסיה), T.L.A, הפרעות בזיכרון, אובדן תחושה, מחלה ניוונית, אירוע מוחי, שטף דם במוח (C.V.A), רעד, הפרעות בשיווי משקל, אלצהיימר, פרקינסון, תשישות נפש, דמנציה סנילית.
		11. הפרעות נפשיות - מחלת נפש, דיכאון, סכיזופרניה, חרדה, ניסיון אובדני.
		12. דרכי נשימה - אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזמה, שחפת, נגיחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה.
		13. דרכי העיכול וכבד - אולקוס (כיב קיבה או תרסריון), צרבת, מחלת מעיים דלקתית כרונית, דימום ממערכת העיכול, טחורים, בעיות בפי הטבעת, מחלת כבד כרונית, צהבת, אבני מרה, דלקת בלבלב, הפטיטיס (ויראלית או אחרת).
		14. כליות ודרכי שתן - אבני כליות, דלקות בכליה, מומים בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן, ציסטות בכליה, פגיעה בתפקוד כילית, בלוטת הערמונית (פרוסטטה).
		15. מחלות אנדוקריניות (חילוף חומרים) - סכרת, הפרעה בבלוטת המגן, יתרת הכליה, ציסטות בכליה, יתרת המוח ובלוטות אחרות, שומנים גבוהים בדם (כולסטרול, טריגליצרידים).
		16. עור ומין - ענבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פיריון.
		17. מחלות ממאירות (סרטן) ואיידס - גידולים ממאירים, או טרום ממאירים, או איידס, כולל נשאות (פרט סוג, מועד ואופן טיפול).
		18. פרקים ועצמות - דלקת פרקים (ארטריטיס), שגרון (גאוט), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלות עצם.
		19. עיניים - קטרקט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרונית, הפרעות ראייה, מס' דיפטרי _____
		20. אף אוזן גרון - דלקות גרון או אוזניים חוזרות, סינוסיטיס, הפרעות בשמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה.
		21. בקע (הרניה שברי) - של דופן הבטן, במפשעה, בצלקת ניתוחית, בטבור, בסרעפת.
		22. הפרעות בריאותיות אחרות ו/או מחלות אחרות שלא פורטו לעיל.

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

טופס הצהרה חלק א'

## פירוט סמצאים חיובים

מס' השאלה	פירוט הסמצאים

## הצהרת המועמד לביטוח

אני החתום מטה, המועמד לביטוח, מבקש בזה להיות מבוטח לפי הצעה זו (להלן - "ההצעה").

1. ידוע לי כי:

א. המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם כל תביעה הנובעת במישרין או בעקיפין סמצב בריאותי לקוי, מתופעה או ממחלה שהיו קיימים אצלי לפני תאריך תחילת הביטוח או לפני תאריך סילוי ההצעה או לפני תאריך החתימה על הצהרת הבריאות - לפי הסמך מביניהם.

ב. אני מצהיר מסכים ומתחייב בזה כי:

כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, ולא העלמתי סן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח. במקרה של העלמת מידע או תשובה כוזבת יהיה חוזה הביטוח בטל מעיקרו.

התשובות המפורטות בהצעה וכן כל מידע אחר בכתב שייסר למבטח על-ידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח והוא חלק בלתי נפרד מסנו.

ג. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה ללא סתן הסבר כלשהו להחלטתו.

2. הצהרת ויתור על סודיות רפואית

א. אני החתום מטה משחרר בזה כל סוסד רפואי, כל מעבדה רפואית, כל ועדה רפואית וכל עובדיהם הרפואיים והאחרים מחובת שמירת סודיות רפואית ואחרת כלפי כלל חברה לביטוח בע"מ

## חתימת המועמד לביטוח

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד x \_\_\_\_\_ מספר דרכון x \_\_\_\_\_ חתימה x \_\_\_\_\_

## הצהרת בעל הפוליסה (המעסיק)

לפי מיטב ידיעתי, הצהרת המועמד לביטוח הינה נכונה, לא ידוע לי על כל סום או מחלה סולדת או תורשתית או על סמצב בריאותי או תופעה רפואית או סחלה הקיימת אצל המועמד לביטוח, בין אם הינה מטופלת עתה או אשר טופלה בעבר או תוצאותיה, כן לא ידוע לי על החמרה של סמצב בריאותי לקוי או כל מידע אחר שאם היה סובא למבטח לא היה המבטח מקבל המועמד לביטוח על פי פוליסה זו. הצהרה זו חתומה ע"י המועמד לביטוח לאחר שתוכנה ומשמעות חתימתו הוסברו לו בשפתו.

שם \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

## מינוי הסוכן כשלוחו של המבוטח

על-פי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח, אם אתה מעוניין במינוי סוכן הביטוח שלך כשלוחך, חתום על הנוסח שלהלן: נוסח המינוי - לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981: אני מסנה בזה את סוכן הביטוח ששמו רשום מטה להיות שלוחי לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח ולעניין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המועמד לביטוח x \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה/המעסיק x \_\_\_\_\_

529

## הצהרת הסוכן

אני מאשר כי שאלתי את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסר לי אישית ע"י המועמד לביטוח. אני מצהיר בזה כי הבאתי לידיעת המועמד לביטוח את ההצהרות הרשומות לעיל.

תאריך \_\_\_\_\_ שם הסוכן \_\_\_\_\_ מספר הסוכן \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן \_\_\_\_\_