

הצהרת בריאות לפוליסת Medical Insurance

פרטי המבוטח/ת

מס' דרכון

שם משפחה

שם פרטי

גובה

משקל

תאריך לידה

2 / 1
מין

כן	לא	11	האם הינך סובל/ת או סבלת ממחלות או תופעות כלשהן או מי מקרוביך מדרגה ראשונה סבל ממחלות אלו:
		א	מחלות מערכות העצבים והמוח: שיתוקים, טרשת נפוצה, התעלפויות, ארטריטיס, גאוס, אמילפסיה, אלצהיימר, פרקינסון, הפרעות תנועה; פרט
		ב	מחלות דרכי הנשימה, אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית; פרט
		ג	מחלות לב וכלי דם מסוג כלשהו, לחץ דם גבוה; פרט
		ד	מחלות דרכי עיכול, מחלות כבד, צהבת; פרט
		ה	מחלות כליה ודרכי השתן; פרט.
		ו	מחלות פרקים ועצמות, שברים, כאבי גב וצוואר; פרט.
		ז	מחלות חילוף חומרים ומערכת חיסונית, סכרת, מחלת כליות, המנו, שומנים גבוהים בדם, מחלת דם וקרישה, אוסטאופורוזיס, צהבת, אנמיה; פרט.
		ח	סרטן (מחלה ממארת), מחלה ניוונית כרונית; פרט.
		ט	מחלות עור ומין: עגבת, איידס, פצע שאינו מתרפא.
		י	מחלות עיניים מחלות אוזניים ולרבות לקוי שמיעה, מחלות גרון; פרט.
		יא	לנשים בלבד: א. האם את בהריון? ב. מחלות נשים הפרעות במחזור הווסת, מחלות שדיים כולל גושים בשדיים, רחס, שחלות, בדיקות לגילוי גידול סרטני, ממוגרפיה; פרט ג. מספר ילדים (כולל מנשואים קודמים) ד. מספר הריונות, נא לציין האם היו בעיות במהלך ההריונות. ה. מתי בוצעה בדיקה גניקולוגית אחרונה?

פרוט ממצאים חיוניים בשאלות הבריאות:

הנני מצהיר בזאת שכל הפרטים שמסרתי בהצהרת הבריאות נכונים ושלמים, אם ימצא שהפרטים שמסרתי אינם נכונים או שלמים, איילון תהא פטורה ממחויבות ואחריות עפ"י חוק חוזה ביטוח.

ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים אחרים ו/או לכל חברות הביטוח ו/או לכל מוסד ו/או לכל גורם אחר למסור לי/אייילון חברה לביטוח בע"מ "להלן: "המבקש" את כל הפרטים, ללא יוצא מ הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומותר על סודיות זו כלפי המבקש כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

שם המבוטח/ת: _____ מס' דרכון: _____
 חתימת המבוטח/ת: _____ תאריך: _____
 שם עד לתמימה: _____ מס' זהות: _____
 חתימת העד: _____ תאריך: _____

הסכמה לתנאי קבלת חריגים

אני מסכים להוצאת הביטוח המבוקש:

☐ עם תוספת רפואית, בתנאי שלא תעלה על 75%. ☐ עם החרזה לחבות החברה, לפיו לא תהא אחראית לנכות הקיימת ו/או למגבלות הבריאות של המועמד לביטוח, תוצאותיהן והשלכותיהן.

חתימת המבוטח

הצהרת המבוטח/ת

1. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי: (1) כל התשובות נכונות, מלאות וניתנו מרצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר למבטחת וכן התנאים המקובלים אצל המבטחות לעניין זה, ישמשו תנאי מהותי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטחת והיוו חלק בלתי נפרד מחוזה הביטוח. (3) הרשות בידי המבטחת להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק את החלטתה. ידוע לי, שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהמבטחת תוציא אישור בכתב לקבלתו לביטוח ולאחר שדמי הביטוח הראשונים שולמו במלואם.	2. ידוע לי כי: על פי פוליסה זו, תהא החברה פטורה ממתן שירות בקשר למום, מחלה מלידה לרבות מצב בריאותי ו/או תופעה רפואית ו/או מחלה, בין אם מטופלת ובין אם לא, ו/או תוצאותיהם, בין במישרין ובין בעקיפין, שנגרמו ו/או הוחזמו עקב מצב בריאות, שהיה קיים לפני מועד תחילת הביטוח והכל בכפוף לאמור בצו עובדים זרים. 3. הנני מצהיר בזאת כי אף חברה לביטוח לא דחתה את הצעת הביטוח בריאות.
---	--

הצהרת בעל הפוליסה

ככל הידוע לי המוצהר על ידי המבוטח/ת נכון, ולא ידוע לי על כל מום, מחלה מלידה לרבות מחלות תורשיות ו/או מצב בריאותי ו/או תופעה רפואית ו/או מחלה, בין אם מטופלת ובין אם לא, ו/או תוצאותיהם, בין במישרין ובין בעקיפין שנגרמו ו/או הוחזמו עקב מצב בריאות, שהיה קיים לפני מועד תחילת הביטוח ו/או כל מידע אחר. אשר אילו הובא לידיעת המבטחת, לא היתה המבטחת מתקשרת על פי פוליסה זו ומבטחת את המבוטח/ת.

• הצהרה זו נחתמה על ידי המבוטח/ת לאחר שהוסבר לו תוכנה בשפה המובנת לו.

חתימת המעסיק: _____ חותמת וחתימת המעסיק: _____ תאריך חתימת: _____
 חתימת המבוטח/ת: _____ חתימת המבוטח/ת: _____ תאריך חתימת: _____