א. רוזן סוכנות לביטוח הרא"ה 18 רמת-גן טל:03-6735915 פקס: 03-6735915

א.רוזן סוכנות לביטוח להחזיר לפקס 6729025-33

הצהרה על מצב בריאות

C. U	טיננסד לביטור לחשיב על הצחדת הבריאנת על כל פרטיה, ולסמן את התשובה "כן" או "לא" בנוף השאלון, אם התשובה ניין את מספר השאלה במקום המיועד לתשובות על ממצאים חיוביים ולפרט את הממצאים, סיכוקי המחלה והמצב הנוכ	ו חיובית נחי.	'(יכן)	
E	לות כלליות	10% T		
,1	האם אושפות ארפעם כבית חולים או בסוטר רפואיז (איוה, סתי, סיבה) צרף טיכוטי מחלה וסידע עדכני.	לא	D	
-2	האם עברת פעם ניתוח או ייעצו לך לעכור ניתוח? (פרט)			
.3	האם נפצעת פעם? האם יש לך נכוח כלשהיג (פרט).			
, 4	האם עברת בדיקות שנרתיות כען: דם, שֹתן, או אגק.ו., האם הכדיקות היו תקצות? (פרט).	7		
.5	האם עברת בדיקות הדמיה כנון: צילומי רנטון שונים, (חזה, דרכי עיכול, כליות, עצמות ועוד) בדיקות סיפוי, צינתור. טומונרפיה מפוחשבת (U.S.,M.R.I.,(C.T.)			
.6	האם אתיה חולה כעת במחלה כלשהי או הידוע לך על הפרעה בריאותית כלשהי והאם קבלת או אתיה מקבלית טיפול או תרופות? (פרט, כולל סינון ומשך הטיפול).			
7	לנשים כלכד – האם את סופלת או סבלת מטחלות נשים כנון: אי סדירות בווסת, בעיות פוריות, דיסומים, נושים בשדיים, בעיות בררום ובשחלות, מטצאים לא תקינים בבדיקה ניקולוניות (כנון:PAP) או הפרעות פוקולוגיות אחרות, אם כן נא פרטי			
	האם את בהריון? סה מספר העוברים? האם סבלת טבעיות בהריוות קודמים או בהריון הנוכחי, אם כן, פרטי האם ילדת בניתוח קיסרי?			
.8	האם סבלת או אתעה טובלעת מאובדן היכולת לעבור באופן חלקי או מלא. (פרט).			
ועא	לות על מחלות (האם סבלת או אתה סובל)		,	
.9	לב וכלי דם - א. מחלת לב, כאבים בחזה, קוצר נשימה, דפיקות לב, תעוקת חזה (אננינה פקטורים), אונום שריר הלב, הפרעות בקצב, בעיה בשסתום הלב, מחלת לב מולדת, מחלת שריר הלב או קרום הלב. ב. יתר לחץ דם. ג. יתר לחץ דם - ג. כלי דם - כאבי רגלים בהליכה, קרישי דם, דליות בוורידים, הפרעות במחזור הנם, היצרות עורקים.		þ	
.10	מערכת עצבים – סחרחורת, כאבי ראש, התעלפויות שיתוקעם, התכווציות (אפילפסיה) T.LA, הפרעות בזיכרון, אובדן תחשה, מחלה ניונית, אירוע סוחי, שטף דם כסוח (C.VA), רעד, הפרעות בשיוף משקל, אלצהיימר, פרקינסון, תשישות נפש, דמנציה סנילית.		A	
.11	הפרעות נפשיות – מחלת נפש; דיכאון, סכיוזפרניה, מרדה, ניסין אוברני.			
,12	דרכי נשימה – אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אספיזמה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה.			
.13	דרכי העיכול וכבד – אולקוס (כיב קיבה או תרסריון), צרבת, מחלת מעיים דלקתית כרונית, דימום ספערכת העיכול. טחורים, בעיות בפי הטבעת, מחלת כבד כרונית, צהבת, אבני פרה, דלקת בלבלב, הפטיטיס (ויראלית או אחרת).			
.14	כליות ודרכי שתן – אבני כליות, דלקות ככליה, סומים בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן, ציסטות בכליה, פניעה בתפקוד כיליתי, בלוטת הערמונית (פרוסטטה),			
, 15	סתלות אנדוקריניות (חילוף חוסרים) - סכרת, הפרעה בבלוטת המנן, יותרת הכליה, ציסטות בכליה, יותרת המוח ובלוטות אחרות, שומנים נבוהים בדם (כולסטרול, טריגליצרידים).			
. 16	עור אנין - עובת, הרפס, נידולי עור, שומות, יבלות ואו בעיות עקרות ואו בעיות פיריון.		***************************************	
17	מחלות ממאירות (סרטן) ואיירס – נידולעם ממאירעם, או טרום ממאירים, או איידס, כולל נשאות (פרט סוג, מועד ואופן טיפול),			
, 18	פרקים ווצמות – דלקת פרקים (ארתריטיַס), שנרון (נאוט), כאבי גב או צוואר פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלות עצם.		0.000	
.19	עיניים – קטרקט, גלאוקוסה, פדלה, עיוורון, סחלת רשמית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה,מסי דיופטר			
.20	אף אזון גרון – בלקות נרון אנאוניים חוזרות, סינוסיטיס, הפרעות בשפיעה, תסמונת דום נשימה בשינה.			
.21	בקע (הרניה שבר) - של דופן הבען, במפשעה, בצלקת ניתוחית, בעבור, בסרעפת.			
.22	הפרעות בריאומיות אחרות ואו פחלות אחרות שלא פורטו לעיל.			

א" הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד	הצהרה חלק	עופס
----------------------------------	-----------	------

א. רוזן סוכנות לביטוח הרא"ה 18 רמת-גן טל:6735935 פקס: 03-6735915

פירוט הממצאים		
או אריה מברה לביטוח בע"מ (להלן "המכקש"). ב. אני נותן בזה רשות לכל המנויים לעיל – כולל הוועדות המוסד לביטו לאומי, מבטחים, משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחודת, שלטוו צה"ל, משרד הביטחון וכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכת	מועסד לביטוח, מבקש בזה להיות מבוטח לפי:	הצעה זו (להלן – "ו ד. ידוע לי כי:
זה - וכן לכל חברות הביטות בהן בוטחתי בעבר או שאני פבוטח/ בהן בהווה, למסור לימבקש" או לבאי כוחו - כולם ביחד וכל או לחוד - את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלב, על מצב בריאותי וע כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, או שאחלה כ בעתיד דוחות אישפון שלי או כרטיסי הרפואי או רשימת הרפואי עצלם ביקרתי (ואו תאריך הצטרפותי לקופת החוליו נ, אני מאשר לכל חברות הביטוח וואו המוסדות האחרים להעב לימבקש" כל מידע וואו מסמך וואו פוליסת ביטוח כנדרש על יו לימבקש" כל מידע וואו מסמך וואו פוליסת ביטוח כנדרש על יו מיהוא כלפי המנויים לעיל בקשר למסירת הפרטים הנ"ל לימבקי היהוא כלפי המנויים לעיל בקשר למסירת הפרטים הנ"ל לימבקי ה, בקשתי זו יפה גם כלפי חוק הגות הפרטיות, התשמ"א - 1891 והי המוסדות, לרבות קופות החולים וואו רופאיהן וואו יו מטעמן וואו ווחני השירווים הנ"ל. ז כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני וואת באי כוחי על פי דין וא ז כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני וואת באי כוחי על פי דין וא ז כתב ויתור זה מחייב מול על ילדיי הקטינים ששמותיהם צויינו, אם צוי	תמצב בריאותי לקוי, מתופעה או ממחלה שהיו לפני תאריך תחילת הביטות או לפני תאריך מילוי נהם. נהם ומתחייב בזה כי: המפורטות בהצעה ואו בהצהרת הבריאות הן המפורטות בהצעה ואו בהצהרת הבריאות הן לקבל את ההצעה לביטות. במקרת של העלמת כה כוזבת יהיה חוזה הביטות בטל מעיקרו. פירטות בהצעה וכן כל מידע אחר בכתב שימפר די וכן התנאים המקובלים אצל הסבטח לעניין זה למוזה הביטות ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי מכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעתי זו נתון הבלעדי של המבטח וחא רשאי להחליט על קבלת	או בעקיפין נ קייסים אצלי המאחר מבי ב אני מצהיר ם כל התשובות נכונות ומלאו על החלטתו מידע או תשו למכטח עלי- ישמשו תנאי נפרד ממנו. ג. אני מאשר ומ ההצעה או דו א. אני החתום נ רפאית, כלוג שמירת סודיוו
מספר דרפון 🗶 חמיפה 🗴		
ל כל מום או מחלה מולדת או תורשתית או על מצב בריאותי או תופע ז הינה מטופלת עתה או אשר טופלה בעבר או תוצאותי שאם היה מובא למבטח לא היה המבטח מקבל המועמך לביטוח על ומעות חתימתו הוסברו לו בשפתו. תאריך	ה הטיימת אצל הסועמד לכיטוח. ביו אנ	לפי טיטב ידיעתי, ר רפואית או מחל כן לא ידוע לי על ה
KARABKIBAROOKKARKOOKARIOKKARIOKKARIOKKARIOKKARIOK CHEKKARAKKARIOKKOOKARIOKKARIOKKARIOK RICKERKARIOKKOOK RICKERIOKKARIOK KOOKOKOKKIKKK		KYKEREK KYKEREKYE
529 לעיל והתשובות הו כפי שנמסר לי אישית עיי המועמד לביטוח.	י את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות באתי לידיעת המועם לביטוח את	הצהרת הסוכן אני מאשר כי שאלת
		27 AN E