

הצהרת בריאות

על השאלות הבאות יש לסמן את התשובה "כן" או "לא" בנוף השאלון. אם התשובה חיובית ("כן") - יש לפרט על פי מספר השאלה במקום המיועד בטבלת פירוט ממצאים חיוביים. הנמצא בעמ' 3.

מסמכים שיש לצרף על פי המספר שמופיע ליד השאלה:

(1) יש למלא שאלון מחלות מפורט. (2) צרף דו"ח פתולוגי - היסטולוגי.

מועמד לביטוח

שם משפחה

שם פרטי

גובה בס"ס

Weight in kg חשקל בק"ג

שאלות כלליות

- | | | |
|---|--|---|
| 1. Have there been any changes in your weight in the last 12 months? | כן <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> no | 1. האם חל שינוי במשקלך ב-12 החודשים |
| 2. Have you ever been previously hospitalized or institutionalized? (which one, when, reason, treatments)? | כן <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> no | 2. האם אושפדת אי פעם בבי"ח או מוסד? (איזה, מתי, סיבה, טיפולים)? |
| 3. Were you examined by any physician in the past 2 years? Detail reason, results & treatments. | כן <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> no | 3. האם נבדקת בשנתיים האחרונות על־י רופא כלשהו? (פרט סיבה, תוצאות וטיפולים)? |
| 4. Are you under any medical observation? Do you require medication on a permanent basis? | כן <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> no | 4. האם אתה במעקב רפואי? האם הינך צורך תרופות באופן קבוע? |
| 5. Have you ever undergone or been advised to undergo surgery? | כן <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> no | 5. האם נותחת בעבר או יעצו לך לעשות ניתוח? |
| 6. Have you ever been injured ? Do you suffer from any disability? If so, what percentage of disability and what were the reasons for the disability? | כן <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> no | 6. האם נפצעת פעם? האם יש לך נכות כלשהי? אם כן, מהו האחוז ומהם הסיבות לנכות. |
| 7. Have you filed a request for or do you receive compensation in respect of disability, such as compensation for loss of work ability? | כן <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> no | 7. האם הגשת בקשה / מקבל פיצויים בגין נכות כגון קיצבה או פיצוי בגין אי כושר עבודה? |
| 8. Did you undergo medical tests such as an EKG, various x-rays (chest, gastrointestinal tract, kidneys, bones, etc), isotope scans, echo, catheterization, computerized tomography (CT), blood tests, blood counts, urine tests, occult blood ?(detail reason, date and abnormal findings) | כן <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> no | 8. האם עברת בדיקות רפואיות כמו א.ק.ג, צילומי רנטגן שונים (חזה, דרכי איכול, כליות, עצמות ועוד), בדיקות מ"פוי, אקו, צינתור, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקות דם, ספירת דם, בדיקת שתן, דם סמוי? (פרט סיבה, מועד ותוצאות בלתי תקינות) |
| 9. Have you ever received irradiation, chemotherapy or radiotherapy? Were tumors removed? (2) | כן <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> no | 9. האם קיבלת טיפולים בהקרנות, טיפולים כימיים או רדיואקטיביים? האם נכרתו גידולים? (2) |
| 10. Are you presently a smoker? If yes, how many cigarettes per day? | כן <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> no | 10. האם אתה מעשן? אם כן, כמה ליום? |
| 11. Do you / did you take drugs? If so, give details. Do you /did you consume alcoholic beverages? If so, _____ per week? | כן <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> no | 11. האם אתה צורך/צרכת סמים? אם כן, פרט. האם אתה צורך/צרכת משקאות חריפים? אם כן, _____ לשבוע. |

12. The nervous system and brain, mental disorders, chronic ☐ no ☐ yes

- | | | |
|---|---|--|
| 26. Do you feel you are absolutely healthy and were fully capable of working during the past 12 months? | no <input type="radio"/> x7 yes <input type="radio"/> כן | 26. האם אתם חש עצמך בריא בהחלט והיית בעל כושר מלא לעבודה במשך 12 החודשים האחרונים? |
|---|---|--|

Details of positive findings

(Kindly note the number of the question you are referring to)

פירוט ממצאים חיוביים

(בא לציין את מס' השאלה אליו הנך מתייחס)

מצבך כיום Your present condition	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו' Details of the disease, accident, defect, etc.	שנת האירוע Year of occurrence	מס' שאלה Question no.	שם המבוטח Insured's name

Declaration and obligation (including waiver of secrecy)

הצהרה והתחייבות (כולל ויתור סודיות)

I, the undersigned hereby request "The Phoenix Insurance Company Ltd." (hereinafter: "the Insurer") to insure the candidate for insurance relying on all that is stated in the Proposal and/or the Declaration of Health appearing herein and hereby declare and agree as follows:

- All the answers detailed in the aforementioned Proposal and/or the Declaration of Health above, are correct and complete, same were given by me of my own free will and are to be used as the basis of the contractual ties with the Insurer.
- The Insurer shall be exclusively entitled to confirm or to reject the Insurance Proposal without any explanation whatsoever.
- The insurance will become valid according to the later of the following dates:
 - Date of commencement of the insurance.
 - Date of receipt of the proposal by the insurer.
 - Date of the insurer's decision relating to acceptance condition.
 - Date of confirmation of acceptance conditions by the Policyholder and/or the insured.

It is hereby declared and agreed that the validity of the insurance is conditional upon there having been no change in the state of health of the insured from the time that the proposal and health declaration were completed and until the inception of the policy.
- My answer and/or the information which shall be provided to the Insurer shall be stored in a database in accordance with the provisions of the Law of Protection of Privacy, 1981, and shall only be used for the purpose of the insurance.
- I, the undersigned, hereby permit the sick fund and/or its medical institutions and/or Israel Armed Forces and also all the doctors in Israel and abroad, medical institutions and other hospitals, both in Israel and abroad, including the National Insurance Institute and/or any other institution and factor, in Israel and abroad, to provide "The Phoenix Insurance Company Ltd." (hereinafter: "the applicant") all the details, without exceptions and in a form requested by the applicant, on my health condition, and/or on every sickness I had in the past and/or have now and/or shall have in the future and I release them from their obligation to medical secrecy and give up this secrecy towards the applicant, including doctors' list I have seen.
- This document shall oblige me, my estate and whomsoever shall replace me and in my name.

אני הח"מ, מבקש בזה מ"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "המבטח") לבטח את המועמד לביטוח בהסתמך על כל האמור בהצעה ו/או הצהרת הבריאות שלהן ומצהיר ומסכים בזאת כדלקמן:

- כל התשובות כמפורט בהצעה הנ"ל ו/או הצהרת הבריאות שלעיל הינן נכונות ומלאות וניתנו מתוך רצוני החופשי, והן משמשות בסיס להתקשרות החוזית עם המבטח.
- המבטח רשאי באופן בלעדי לאשר או לדחות את הצעת הביטוח ללא כל הסבר.
- הביטוח יכנס לתוקפו על פי המאוחר מבין המועדים הבאים:
 - תאריך תחילת הביטוח.
 - תאריך קבלת ההצעה אצל המבטח.
 - תאריך החלטת המבטח על תביא הקבלה.
 - תאריך אישור תביא הקבלה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח.
- מוצהר ומוסכם כי תוקף הביטוח מותנה בכך שמאז שמולאה ההצעה והצהרת הבריאות עם כניסת הביטוח לתוקף, לא חל כל שינוי במצב בריאותו של המבוטח.
- תשובותי ו/או המידע שיימסר למבטח יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח בלבד.
- אני הח"מ נותן בזה רשות לקופ"ח ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים בארץ ובחו"ל, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים בארץ ובחו"ל ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד וגורם אחר בארץ ובחו"ל, למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתדרש ע"י המבקש, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אותם מחובת השמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, לרבות רשימת הרופאים אצלם ביקרתי.
- מסמך זה מחייב אותי, את ערבותי, וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

	חתימת בעל הפוליסה		חתימת המועמד לביטוח	Date	תאריך
--	-------------------	--	---------------------	------	-------

Appointment of the agent as emissary of the policyholder / insured

מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבוטח

In accordance with paragraph 33 of the Law of Insurance Contracts, 1981, the agent is considered to be the emissary of the Insurer. In accordance with your written demand, you may appoint him as your emissary. Only if you are interested in appointing him, we request you to sign an application to the Insurer according to the Law of Insurance Contracts, 1981.

I, the undersigned, hereby appoint the insurance agent whose name is registered in this Proposal, to be my emissary for the purpose of the negotiations pending the finalization of the insurance contract and for the purpose of entering into a contract with your company in regard to the following details: altering the insurance details requested, confirming the acceptance conditions.

על פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. על פי דרישתך בכתב הינך יכול למנותו כשלוחך. רק אם הינך מעוניין למנותו, בבקשה לחתום על נוסח הפנייה למבטח לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981. אני החתום מטה ממנה את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוחי לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה עם חברתכם, בקשר לפרטים הבאים: תיקון פרטי הביטוח המבוקש, אישור תביא הקבלה.

	חתימת בעל הפוליסה		חתימת המועמד לביטוח	Date	תאריך
--	-------------------	--	---------------------	------	-------

Agent's confirmation

אישור הסוכן

I hereby confirm that I asked the candidate for ownership of the policy and/or the candidate for insurance all the questions appearing in this Proposal (including Declaration of Health) and the answers are as they were given to me personally by the candidate.

הנני מאשר כי שאלתי את המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות בהצעה זו (כולל הצהרת הבריאות) והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית ע"י המועמד.

	חתימת הסוכן	אריק רוזן מס' סוכן: 77619	Date	תאריך
--	-------------	-----------------------------	------	-------