הצהרת בריאות לפוליסת CARE 4 U / מדיקל אינשורנס

פרטי המועמד/ת לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מס' דרכון	מין	תאריך לידה	גובה	משקל
			נ / ז	/ /		

מטעמי נוחות נוסחו השאלות הבאות בלשון זכר והן מתייחסות לשני המינים. יש לסמן X בעמודה המתאימה. בכל מקרה של תשובה "כן" נא לפרט במקום המיועד לכך

	שאלות כלליות	כן	לא
1	האם אתה חולה כעת או היית חולה במחלה כלשהי בחמש השנים האחרונות, או ידוע לך על הרעה בריאותית או על צורך בניתוח? פרט/י אילו מחלות ומתי.		
2	האם אתה מקבל כעת או קבלת בעבר טיפול תרופתי? פרט/י אילו תרופות.		
3	האם אושפזת אי פעם בבית חולים או מוסד? פרט/י מתי ומה היתה סיבת האשפוז ומה היה הטיפול שקבלת.		
4	האם אתה שותה משקאות חריפים? ציין מהו המשקה והיקף הצריכה?		
5	האת את/ה מעשן? ציין מספר סיגריות ליום. האם את/ה משתמש או השתמשת בסמים?		
6	האם עברת בדיקות מעבדה לרבות דם, שתן ו/או בדיקות רפואיות כלשהן לרבות א.ק.ג צילומי רנטגן שונים (חזה, דרכי עיכול, כליות, עצמות, עמוד שדרה ועוד...), מיפוי, טומוגרפיה ממוחשבת (סי.טי), MRI, פרט סיבה מועד ותוצאות.		
7	האם עברת תאונה או ניתוח? פרט מתי ומהות הניתוח או התאונה.		
8	האם סבלת או את/ה סובל/ת מאובדן היכולת לעבוד באופן חלקי או מלא? פרט/י		
9	האם נקבעו לך אחוזי נכות?		
10	האם את/ה נעזר במכשור רפואי כלשהו?		
11	האם בשישה חודשים האחרונים חלה ירידה כלשהי במשקלך? פרט/י.		
12	האם את/ה סובל או סבלת ממחלה זיהומית כלשהי?		
13	האם ידוע לך על הפרעה בריאותית כלשהי (לרבות מום מולד) שאינה נזכרת בהצהרה זו פרט/י		
14	האם אובחנת כסובל/ת ממחלה אוטואימונית כלשהי (לרבות זאבת) פרט/י.		
15	מחלות נשים, לנשים בלבד: האם את סובלת או סבלת ממחלות נשים לרבות: אי סדרות בווסת, בעיות פוריות, דימומים, גושים בשדיים, רחם, שחלות, ממצאים לא תקינים בבדיקה גינקולוגית (כגון PAP) או הפרעות גינקולוגיות אחרות? אם כן פרט/י: האם ידוע לך על מחלות שדיים כולל גושים בשדיים? האם את בהריון?..... מה מס' העוברים?..... הריונות קודמים?..... האם סבלת מבעיות בהריונות קודמים או בהריון הנוכחי? אם כן פרט/י. האם ילדת בניתוח קיסרי?..... מספר ילדים (כולל מנשואים קודמים). ..... מתי בוצעה בדיקה גניקולוגית אחרונה?		

	האם הינך סובל/ת או סבל/ת ממחלות או תופעות כלשהן:	כן	לא
1	מערכת עצבים-סחרחורת, כאבי ראש, התעלפויות, שיתוקים, התכווצויות (אפילפסיה), הפרעות בזיכרון, אובדן תחושה, מחלה ניוונית, שטף דם במוח, C.V.A, הפרעות בשיווי משקל, אלצהיימר פרקינסון, תשישות נפש, דמנציה, טרשת נפוצה, מחלות נפש.		
2	דרכי הנשימה-אסטמה, שחפת, דלקת ריאות , ברונכיטיס, אמפיזמה, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה, חזה אוויר. פרט/י:		
4	מחלות לב וכלי דם מסוג כלשהו לרבות: הפרעות בקצב הלב, בעיה בשסתומי הלב, מחלת לב.		
5	יתר לחץ דם; לרבות כאבים ברגליים בזמן הליכה, פקקת ורידים, דליות ורידים, הפרעות במחזור הדם, היצרות עורקים. פרט/י:		
6	מערכת העיכול - מחלה פפטית (כיב קיבה או תריסריון), צרבות, מחלה דלקתית של המעיים, דימומים ממערכת העיכול, טחורים, בעיות בפי הטבעת, בעיות בכבד או מחלות כבד, צהבת, אבני מרה, דלקת בלבלב. פרט/י:		
7	בקעים, לרבות בקע מפשעתי, סרעפתי, בקע בדופן הבטן, טבורי, צלקת ניתוחית, בקע פמורלי, וריקוצלה, פרט/י:		
8	מחלות כליה ודרכי השתן-זיהומים או דלקות בדרכי שתן לרבות: אבנים בכליות או בדרכי השתן, דם/חלבון/סוכר בשתן, ציסטות בכליות, בעיות בערמונית. פרט/י:		
9	מפרקים ועצמות לרבות דלקת מפרקים (ארטריטיס), גאוט, כאבי גב או צוואר או עמוד שדרה. פריצת דיסק, כתף, ברך, קרסול, מפרקים אחרים, מחלות עצם, פרט/י:		
11	מחלות חילוף חומרים ומערכת חיסונית לרבות סכרת, הפרעה בבלוטת המגן, הפרעה ביתרת הכלייה, הפרעה ביתרת המוח או בבלוטות אחרות, שומנים גבוהים בדם, מחלת דם וקרישה, אנימיה, פרט/י:		
12	מחלה ממארת (סרטן), לרבות גידולים ממאירים או טרום ממאירים, או מחלה טרום ממארת, איידס, כולל נשאות (פרט/י סוג, מועד ואופן טיפול).		
13	מחלות עור ומין: הרפס, עגבת, גידולי עור, יבלות, איידס, בעיות באברי מין, פרט/י:		
14	מחלות עיניים לרבות ירוד (קטרקט), פזילה, עיוורון, בעיות קרנית, בעיות רשתית, הפרעות בראיה, האם אתה מרכיב משקפיים, אסטיגמציה, גלאוקומה, פרט/י:		
15	מחלות גרון לרבות דלקות גרון או אוזניים חוזרות, דלקות במערות האף (סינוסיטיס), בעיות שמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה, נחירות. פרט/י:		

פרוט ממצאים חיוביים 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 ל"איילון 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 ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

הצהרת המועמד/ת לביטוח

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 המבטחת לעניין זה, ישמשו תנאי מהותי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטחת ויהיו חלק בלתי נפרד מחוזה הביטוח. (3) הרשות בידי המבטחת להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק את החלטה. 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 הוחמרו עקב מצב בריאות, שהיה קיים לפני מועד תחילת הביטוח והכול בכפוף לאמור בצו עובדים זרים לעניין כיסוי במסגרת פוליסת Care 4U.
3. הנני מצהיר בזאת כי אף חברה לביטוח לא דחתה את הצעתי לביטוח בריאות.

הסכמה לתנאי קבלה חריגים

		חתימת המועמד/ת לביטוח
אני מסכים להוצאת הביטוח המבוקש: ○ עם תוספת רפואית, בתנאי שלא תעלה על 75%.	○ עם החרגה לחבות החברה, לפיו לא תהא אחראית לנכות הקיימת ו/או למגבלות הבריאות של המועמד לביטוח, תוצאותיהן והשלכותיהן.	

הצהרת בעל הפוליסה

ככל הידוע לי המוצהר על ידי המבוטח/ת נכון, ולא ידוע לי על כל מום, מחלה מלידה לרבות מחלות תורשתיות 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 הוחמרו 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.

	שם המעסיק	תאריך החתימה	חתימת המעסיק
חתימת המעסיק			
	שם המועמד/ת לביטוח	**תאריך החתימה**	**חתימת הסוכן**
חתימת המבוטח/ת			

200604011