

הצהרת בריאות לפוליסת CARE 4 U

פרטי המבוטח/ת

שם פרטי

שם משפחה

מס' דרכון

ז' / ז'
מין

תאריך לידה

משקל

גובה

כן	לא	
		11 האם הינך סובל/ת או סבלת ממחלות או תופעות כלשהן או מי מקרוביך מדרגה ראשונה סבל ממחלות אלו:
		א מחלות מערכת העצבים והמוח: שיתוקים, טרשת נפוצה, התעלפויות, ארטריטיס, גאוס, אפילפסיה, 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 בלוטות המגן, 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, רחם, 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?

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? האת את/ה מעשן, ציין מספר סיגריות ליום.
		5 האם את/ה שותה אלכוהול מכל סוג שהוא, ציין מהו המשקה והיקף הצריכה. האם את/ה משתמש או השתמשת בסמים?
		6 האם עברת בדיקות מעבדה ו/או בדיקות רפואיות כלשהן בחמש השנים האחרונות? פרט סיבה, מועד ותוצאות בלתי תקינות.
		7 האם עברת תאונה או ניתוח? פרט מתי ומהות הניתוח או התאונה.
		8 האם לא עבדת מעל 3 ימים במשך השנתיים האחרונות?
		9 האם נקבעו לך אחוזי נכות?
		10 האם אתה נעור במישור רפואי כלשהו?

פרט 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 עובדי ו/או כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

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

הסכמה לתנאי קבלה חריגים

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, ותוצאותיהן והשלכותיהן.

חתימת המבוטח

הצהרת המבוטח/ת

<p>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 הראשוניים שולמו במלואם.</p>	<p>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 הוחזרו 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 הצעתי לביטוח בריאות.</p>
--	---

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 הוחזרו עקב מצב בריאות, שהיה קיים לפני מועד תחילת הביטוח ו/או כל מידע אחר. אשר אילו הובא לידעת 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: _____ חתימת המבוטח/ת: _____ חתימת המעסיק: _____ תאריך החתימה: _____
 חתימת המבוטח/ת: _____ חתימת המבוטח/ת: _____ חתימת המעסיק: _____ תאריך החתימה: _____