

**שאלון רפואי  
בכפוף לצירוף סיכום מידע רפואי עדכני מרופא מטפל**

שם הקולקטיב \_\_\_\_\_ טלפון להתקשרות \_\_\_\_\_

**א. פרטים אישיים של המועמד לביטוח**

שם פרטי	שם פרטי בלועזית	שם משפחה	שם משפחה בלועזית	ת.ז.	מס' דרכון
תאריך לידה			כתובת מגורים		כתובת email
טלפון			לקוח בקופת חולים		שם מרפאה

**ב. פרטי הנסיעה**

יעדים (שמות ארצות)		
תאריך יציאה	/ /	תאריך חזרה
מטרת הנסיעה (עסקים, טיול מאורגן, טיול פרטי, ביקור קרובים, נופש, הבראה, אחר) נוסעים המתלווים אליך (פירוט שמות ותיאור קרבה)		

ג. האם רכשת בעבר פוליסת נסיעות לחו"ל ב"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" הכוללת הרחבה למחלות קיימות ו/או מצב בריאותי קיים? כן / לא

שם המועמד/ת לביטוח	תאריך	חתימה
	/ /	

**ד. הצהרת בריאות**

לא	כן	האם הינך סובל/ת מ - (נא סמן ב-X)	לא	כן
		1. מחלת לב		
		2. מחלות כלי דם		
		3. יתר לחץ דם		
		4. כליות ו/או דרכי השתן		
		5. כבד		
		6. מערכת עצבים מרכזית (רעידות, שיתוקים, התכווצויות)		
		7. מחלה ממארת		
		8. איבודי הכרה/סחרחורות/התעלפויות		
		9. בעיות עיניים		
		10. סכרת		
		11. אולקוס (כיב בקיבה או בתריסרון)		
		12. בעיות במערכת העיכול		
		13. מחלות זיהומיות כרוניות		
		14. מחלות ריאה ודרכי נשימה		
		15. בעיות גניקולוגיות		
		16. בעיות אורתופדיות		

פירוט:


ה 1. מחלות כרוניות, ניתוחים, אשפוזים, פציעות וחבלות (בשלוש השנים האחרונות):				
HOSPITALIZATIONS, OPERATIONS, INJURIES				
פרטים	בית חולים	משך אשפוז	תאריך	
			/ / /	1.
			/ / /	2.
			/ / /	3.
			/ / /	4.

ה 2. בעיות רפואיות פעילות: כן / לא			
ACTIVE MEDICAL PROBLEMS			
פרטים	מועד התחלה	מס' בעיה	
			1.
			2.
			3.
			4.

ה 3. בדיקות רפואיות בשנה האחרונה הקשורות למחלה קיימת (א.ק.ג, רנטגן, אולטרא סאונד, בדיקות דם או שתן מיוחדות, CT, בדיקת מאמץ, ארגומטריה, מיפוי לב, בדיקות חודרניות, צנתור): כן / לא  
 באם נעשו, יש להמציא תוצאות של מבחן מאמץ אחרון, מיפוי לב, אקו לב, צנתור, בלון-P.T.C.A, CT.

\_\_\_\_\_

ה 4. נבדקתי ו/או טופלתי אצל רופא פרטי/ מכון פרטי (פירוט): כן / לא

\_\_\_\_\_

1. תרופות			
MEDICAMENTS			
תכיפות	מנה	שם התרופה	
			1.
			2.
			3.
			4.

ז. חתימת המועמד לביטוח:

הצהרת המועמד לביטוח המהווה תנאי מוקדם לקיום הביטוח.

1. לא ידועה לי כל סיבה וצורך באשפוז, בדיקה רפואית או טיפול בעת שהותי בחו"ל

2. איני נוסע בניגוד ליעוץ רפואי או לשם קבלת טיפול רפואי

3. הפרטים שבהצעתי זו הינם אמת וכן ידוע לי שהצעתי/הצהרתי מהווה בסיס להוצאת הפוליסה

4. אני החתום מטה משחרר בזה כל רופא וכל מוסד רפואי ועובדיו מחובת הסודיות הרפואית, ומבקש בזה למסור ל"הפניקס

חברה לביטוח בע"מ" ולבא כוחה כל מסמך אשר יידרש על ידם אודות מחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או

כל מידע אחר הנוגע למצבי הרפואי.

שם המועמד/ת לביטוח	תאריך	חתימה
	/ /	