



הראל  
חברה לבריאות

# הצהרת המועמד לביטוח על מצב בריאותו

## א. פרטי המועמד לביטוח

מספר פוליסה/הצעה	מספר סוכן	סניף
------------------	-----------	------

שם משפחה	שם פרטי
שם נעורים (משפחה) של האשה	שם האב
שם המין	תאריך הלידה

## ב. פרטים על בני המשפחה

שם	קרבה למבוטח	גיל	מצב הבריאות	בגיל	סיבת המוות	נפטרו
	אב					
	אם					
	אחים/יות					
	ילדים					

## ג. הצהרת בריאות

1. שאלות כלליות - נא לענות על כל השאלות תשובות ברורות ומלאות. אין להשתמש בקווים או בסימנים במקום מילים. (סמן ✓ בטורים "כן" או "לא" כנדרש ופרט על-פי הצורך בסעיף 3 להלן.)

שאלה	כן	לא
1. האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחות/אח/בן/בת) היו או יש מחלות לב, מקרי סרטן, סוכרת, מחלות או הפרעות נפשיות, טיפול פסיכולוגי, נסיון להתאבדות, מקרי מוות? (אם כן פרט אצל מי, סיבות, מחלות ובאיזה גיל).		
2. האם אתה מעשן? כן _____ סיגריות ליום, במשך _____ שנים. האם הפסקת לעשן? לא כן, לפני _____ שנים, האם אתה צורך משקאות חריפים, פרט מהי צריכתך השבועית הממוצעת: _____ האם אתה צורך או זכרת בעבר סמים כלשהם? נא פרט: (אלא אם במסגרת טיפול רפואי).		
3. האם עברת פעם או ייעצו לך לעבור ניתוח? (פרט סוג, תאריך, התוצאות היום).		
4. האם נפצעת פעם? (פרט מתי, חלק גוף, האם נותרו תוצאות).		
5. האם יש לך נכות כלשהי? (אם כן, פרט מהו % הנכות ומתי סיבת הנכות).		
6. האם קיבלת או אתה מקבל קצבת נכות/אי כושר עבודה? (אם כן, פרט).		
7. האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי או מקבל טיפול רפואי כלשהו?		
8. האם קיבלת פעם טיפול בהקרנות רנטגן, רדיום, או קובלס? (אם כן, מתי, באיזה מוסד ובאיזה נסיבות).		
9. האם נבדקת פעם באלקטרוקארדיוגרמה או ברנטגן או ברנטגן עם בריום? (אם כן, מתי, באיזה מוסד ובאיזה נסיבות).		
10. האם אתה בריא כעת ומסוגל לעבוד בעבודתך במשרה מלאה? האם היית בריא במשך 12 החודשים האחרונים? אם לא, פרט: _____		

## 2. האם אתה סובל או האם סבלת בעבר? כן \_\_\_\_\_ בטור "לא" או "כן" כנדרש. אם ענית כן פרט לפי הצורך בסעיף 3 להלן.

שאלה	כן	לא
1. כאבי ראש, מחלות המוח, מחלות העצבים, אפילפסיה, שיתוקים, סחרחורת או התעלפויות, דיכאון, הפרעה נפשית אחרת, ניסיון התאבדות.		
2. שחפת, אסטמה, שיעול ממושך ו/או חוזר, דלקות ריאה חוזרות. ברונכיטיס כרונית, אמפיזמה, מחלות קרום הריאה, יריקת דם.		
3. מחלות לב וכלי דם, דפיקות לב, הפרעות בקצב הלב, לחצים או כאבים בחזה, לחץ דם גבוה, נפיחות ברגליים, כאבי רגליים בהליכה, התקף לב.		
4. הפרעות בליעה, צרבת, כיב קיבה או תריסרון, מחלות מעיים, דימום מדרכי היסוד, דימום בקיבה, במעי הגס, מחלות כיס מרה, כבד, צהבת, הקאות מרובות, האם נמצא דם סמוי בצואה, או בדיקות הקשורות במחלות אלו?		
5. מחלות הקשורות במחלות צהבת מסוג HEPATITIS-B, מחלות כבד, סכרת, מחלות מין, "איידס" או האם אתה נושא נוגדנים של איידס?		
6. מחלות עיניים, הפרעות ראייה, הפרעות שמיעה מחלות אוזניים אף, גרון, מערות האף.		

## 3. אם התשובה על אחת או יותר מן השאלות בסעיפים 1 ו-2 היא "כן", יש לפרט להלן ולמלא שאלון בהתאם.

מס' לעיל	המחלה או ההפרעה	מתי הייתה	כמה זמן נמשכה	מצב שאלון מתאים	שם הרופא או המוסד המטפל

## ד. פרטי המוסד הרפואי המטפל

שם המוסד	סניף	שם הרופא המטפל	כתובת הרופא או הסניף
----------	------	----------------	----------------------

## ה. הצהרת המועמד לביטוח ולקרן פנסיה עדי

אני החתום מטה אשר את חיי יש לבטל, מצהיר בה שכל התשובות שניתנו בסופו ההצהרה והצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות ולא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי כי שאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח. אם תשובתי אינן נכונות ומלאות והעלמתי דבר, כאמור לעיל, לא יהיה הביטוח בתוקפו והראל/קרן עדי תהיה פטורה מתשלום עבור הביטוח. הרישות בידי הראל/קרן עדי, באופן בלעדי, להחליט על קבלת הצעה או דחייתה בלי שתהיה חייבים להצדיק או להסביר החלטתכם. אעמוך לרשותכם לבדיקה רפואית ומעבדתית כללית ומקיפה לצורך גילוי כל מחלה או סימן למחלה, ידוע לי שהביטוח/קרן עדי נכנס לתוקפו לאחר שהמבוטח נתקבל בתנאי קבלה רגילים. או במקרה שנתקבל בתנאי קבלה מיוחדים, רק לאחר שהסכמתי להם ובתנאי נוסף שמיום הבדיקה או מיום החתימה על הצהרת הבריאות ועד ליום בו החליטה הראל ו/או קרן עדי על קבלה לביטוח ו/או לקרן עדי לא חל כל שינוי במצב בריאותי, באורח חיי ובעיסוקי. **תשובותינו ו/או המידע שיימסר לכם יאוכסנו במאגר מידע לפי הוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 וישמשו לצרכי הביטוח בלבד.**

תאריך: \_\_\_\_\_

שם המועמד לביטוח: \_\_\_\_\_

שם פרטי: \_\_\_\_\_

לחתימה: \_\_\_\_\_

מספר זהות: \_\_\_\_\_

חתימת המועמד לביטוח: \_\_\_\_\_

חתימת המועמד לביטוח: \_\_\_\_\_

חתימת המועמד לביטוח: \_\_\_\_\_

חתימת המועמד לביטוח: \_\_\_\_\_



תפארת: מקור - לרבות הרחוקים: תעתיק 1 - תעתיק 2 - תעתיק 3 - תעתיק 4 - תעתיק 5 - תעתיק 6 - תעתיק 7 - תעתיק 8 - תעתיק 9 - תעתיק 10 - תעתיק 11 - תעתיק 12 - תעתיק 13 - תעתיק 14 - תעתיק 15 - תעתיק 16 - תעתיק 17 - תעתיק 18 - תעתיק 19 - תעתיק 20