

נספח 9

**הצהרת בריאות לביטוח קבוצתי**

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות	מקצוע	עיסוק
גובה בס"מ	משקל בק"ג	מין: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	תאריך לידה	
האם אתה עוסק בפעילות ספורטיבית ו/או אתגרית? (לרשימת פעילות אתגרית ניתן לפנות לאתר מנורה) <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		
אם כן, פרט ומלא שאלון תחביבים מתאים		אם כן, פרט ומלא שאלון טיס		

**שאלות כלליות על מצב רפואי**

בכל שאלה יש לסמן "כן" או "לא". במידה והתשובה לאחת השאלות היא כן, יוגש לך למילוי שאלון בהתאם.

מס'	שאלה	כן	לא
1.	<b>עישון:</b> האם הינך מעשן? <input type="checkbox"/> כן - <input type="checkbox"/> סיגריות / <input type="checkbox"/> אחר _____ <input type="checkbox"/> לא - במידה ועישנת בעבר, האם הפסקת לעשן בשנתיים האחרונות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
2.	<b>אלכוהול:</b> צריכת אלכוהול כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/ יין או משקה אלכוהולי אחר.		
3.	<b>סמים:</b> האם צרכת סמים בהווה/ בעבר?		
4.	<b>היסטוריה משפחתית:</b> האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/ אם/ אחים/אחיות) או בחנו המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות, סרטן שד, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר.		
5.	<b>נכות אחוזי נכות ומום מולד:</b> האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצאת/ בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצאת ב-אי כושר עבודה כעת?		
6.	<b>בדיקות אבחנתיות:</b> האם ב- 10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע אחת או יותר מן הבדיקות הבאות: צינטור, מיפוי, אקו-לב, CT, ביופסיה, דם סמוי?		
7.	<b>אשפוזים:</b> האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית? (לידה אינה אשפוז)		
8.	<b>ניתוחים:</b> האם ב- 10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח?		
9.	<b>תרופות:</b> האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית?		

**אם אחת מן התשובות הינה "כן", פרט:**

---



---



---



---



---

האם אובחנת במהלך חיך במחלות / הפרעות/ ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה :  
בכל שאלה יש לסמן "כן" או "לא". במידה והתשובה לאחת השאלות היא כן, יוגש לך למילוי שאלון בהתאם.

מס'	שאלה	כן	לא
1.	<b>מערכת העצבים והמוח</b> - לרבות טרשת נפוצה, תסמונת דאון, אוטיזם, גושה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיתוקים, האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב- 3 השנים האחרונות?		
2.	<b>מערכת הלב וכלי דם</b> - לרבות לב, כלי דם, אירוע מוחי (לרבות אירוע מוחי חולף), יתר לחץ דם ב- 10 השנים האחרונות ומערכת כלי דם היקפית (פריפריאלי).		
3.	בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת וניסיונות התאבדות		
4.	<b>מערכת דם</b> - לרבות מחלות דם ובעיות קרישה		
5.	<b>מערכת מוטובולית</b> - לרבות סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/ כולסטרול/טריגליצרידים בדם מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יותרת הכליה, בלוטת הפאראתירואיד		
6.	מחלה ממארת, גידולים לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני		
7.	<b>מערכת העיכול</b> - לרבות קיבה, מעיים, קרוהן, קוליטיס, כיס המרה, הטחול, הבלבב, פי הטבעת		
8.	מחלת כבד, צהבת, הפרעות בתפקוד כבד		
9.	<b>מערכת כליות ודרכי שתן</b> - לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה, אבנים, רפלוקס, דרכי שתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן		
10.	<b>מערכת ריאות ודרכי נשימה</b> - לרבות ריאות, אסטמה, ברוניטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת ואלרגיות		
11.	מחלות ריאומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לרבות גאוט, לופוס/זאבת, פיברומיאליגיה וקדחת ים תיכונית(FMF), תסמונת תשישות כרונית, סקלרודרמה		
12.	<b>אורתופדיה ומערכת השלד</b> - לרבות גב, עמוד שדרה, שרירים, מפרקים, מחלות פרקים, בעיות בברכיים, שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, גב, בכטרב, ירידה בצפיפות העצם (אוסטיאופורוזיס/אוסטיאופניה), פרטס, מחלת פרקים ניוונית (אוסטאוארטרוזיס)		
13.	<b>מערכת עיניים וראייה</b> - לרבות בעיות הקשורות לעיניים, ליקוי ראייה מעל מספר 8 בעדשות, הפרדת רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס		
14.	<b>מערכת אף אוזן גרון</b> - לרבות פגיעה בשמיעה, דלקות אזניים חוזרות, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת אף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול, גרון וחלל הפה		
15.	<b>עור ומין</b> - לרבות מחלות עור, בעיות עור ואלרגיה, פסוריאזיס, פמפיגוס, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קונדילומה		
16.	מחלות זיהומיות, מחלות אוטואימוניות, פוליו, מחלות מין ואיידס/ נשא HIV		
17.	<b>לנשים:</b> בעיות גניקולוגיות ושדיים, הגדלה/הקטנת שדיים, גוש בשד, דימומים (ללא קשר לווסת), רחם שרירני, אנדומטריוזיס, ציסטות שחלתיות, צניחת רחם ו/או הנרתיק, בעיות פרויון. האם את בהריון כעת? _____ אם כן, באיזה שבוע? _____		
18.	<b>לגברים:</b> בעיות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים		

**אם אחת מן התשובות הינה "כן", פרט:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### הצהרת המועמד/ת לביטוח

אני מצהיר/ה, מסכים/ה ומתחייב/ת בזה כי:

1. כל התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את החברה מתשלום סכום ביטוח בהתאם לחוק.
2. אני מצהיר כי נמסר לי מידע מהותי לגבי הכיסוי הביטוחי, לרבות מידע הכולל את עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים, תקופות אכשרה/ המתנה/ החרגות, ככל שישנן.
3. כל התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה בכתב וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
4. אני מאשר/ת ומסכים/מה בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של החברה והיא רשאית לדחות הצעה.
5. ידוע לי שחוזה הביטוח ייכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח.
6. ידוע לי שחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שההפקדה הראשונה שולמה במלואה או החברה קיבלה אמצעי תשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה ובתנאי שהמבוטח בחיים. תנאי זה הינו תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף, והכל בהתאם לתנאי הפוליסה.
7. הריני מצהיר/ה בזה כי המידע שנמסר מעת לעת על ידי ו/או אודותי, ניתן ונאסף מרצוני ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מוצרים ושרותים והקשורים אליה. אני מסכים/מה כי המידע יימסר לצורך עיון, שיפור השירותים, עיבוד, טיוב ודירוגים פנימיים לכל אדם או גוף שחברה תמצא לנכון לצורך מימוש מטרות אלו, וזאת בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981.

שם המועמד לביטוח: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

### טופס ויתור על סודיות רפואית

לכבוד: \_\_\_\_\_  
א.ג.נ.,

אני הח"מ נותן/ת בזה רשות למוסד רפואי ו/או לעובדכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור לי"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" (להלן "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי ובאופן שיידרש על ידי המבקש והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירת סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כני"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לני"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

**פרטי המטופל: (במקרה של קטין או חסוי יש לוודא שהחותם הינו האפוטרופוס החוקי)**

שם המועמד לביטוח: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

**פרטי העד לחתימה: (עו"ד, רופא, סוכן ביטוח)**

שם העד: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_  
מספר רשיון: \_\_\_\_\_ חתימת עד: \_\_\_\_\_