



020102101

1

## הצהרה על מצב בריאות

יש לענות על כל השאלות תשובות ברורות ומלאות. אין להשתמש בקווים או בסימנים במקום מילים.

### א. פרטי המבוטחים

מספר פוליטה	
שם הסוכן	
מספר הסוכן	

פרטי מבוטח שני			
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	
שם משפחה קודם של המועמד	מין	מספר זהות	
תאריך לידה	ארץ לידה	מצב משפחתי + ילדים	
שם המוסד הרפואי המטפל	שם הרופא המטפל	שם הרופא המטפל	
מקצוע	עיסוק	גובה	משקל

פרטי מבוטח ראשי			
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	
שם משפחה קודם של המועמד	מין	מספר זהות	
תאריך לידה	ארץ לידה	מצב משפחתי + ילדים	
שם המוסד הרפואי המטפל	שם הרופא המטפל	שם הרופא המטפל	
מקצוע	עיסוק	גובה	משקל

### ב. שאלות על מצב בריאות

מבוטח ראשון	שאלות כלליות		מבוטח שני
	לא	כן	
	לכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי וצרף שאלון בהתאם. הקפד לרשום מימין לגבי מבוטח ראשי ומשמאל לגבי מבוטח שני.		
		1. האם חל שינוי במשקלך במהלך חצי השנה האחרונה (יותר מ-20 ק"ג)?	
		2. מחלות בקרובי משפחה ביולוגיים: מחלת לב, כליות, סרטן השד, מעי הגס אצל יותר מ-2 קרובי משפחה. סוכרת, הפרעה נפשית (סכיזופרניה, דיכאון) או מחלה תורשתית אחרת פרט מחלה קרבה משפחתית ונלי גילוי המחלה.	
		3. פציעה (בתאונה או כל סיבה אחרת).	שאלון פציעה
		4. קיימת נכות.	שאלון נכות
		5. נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או מקבל קצבת אובדן כושר עבודה.	
		6. מובטל מסיבות בריאותיות.	
		7. בוצע או הומלץ לבצע בדיקה כל שהיא: צינטור, מיפוי לב, א.ק.ג., קולונוסקופיה, אנדוסקופיה, אולטרסאונד, אקו לב, רנטגן, ארגומטריה, C.T., או כל בדיקה אחרת, פרט את סוג הבדיקה ותוצאות.	
		8. קשר קרוב עם אנשים חולים באיידס, שחפת דלקת כבד.	
		9. נאסר עליו לתרום דם.	שאלון תרומת דם
		10. טופל בעבר בכימותרפיה או הקרנות.	

11. הצהרת אי-עישון/עישון		מבוטח ראשי		מבוטח שני	
לא	כן	לא	כן	לא	כן
האם עישנת בעבר?		האם עישנת בעבר?		האם עישנת בעבר?	
עישנת: _____		עישנת: _____		עישנת: _____	
האם יעצו לך להפסיק מסיבות בריאות לא, כן - פרט _____		האם יעצו לך להפסיק מסיבות בריאות לא, כן - פרט _____		האם יעצו לך להפסיק מסיבות בריאות לא, כן - פרט _____	

		12. האם אתה צורך/צרכת סמים?	
		13. האם הינך שותה קבוע יותר מכוס משקה אלכוהול ביום?	
		14. האם היה במקצועך ועיסוקך עבודה עם חומרים מסוכנים? פרט: _____	
		15. תחביבים: טייס, רחיפת מצנחים, ספורט מוטורי, שייט, טיפוס לגובה, צלילה.	שאלון תחביבים
		16. האם מקצועך קשור באומנות, ספורט, טייס, צלילה?	שאלון טייס, אומנים, ספורטאים
		17. האם חשת בשינוי לרעה במצב בריאותך לאחרונה?	

שאלות על מחלות	
האם אי פעם חלית או היו לך סימני המחלות המפורטות להלן, במידה והתשובה "כן" יש למלא שאלון מחלות רלוונטי.	
1.	מחלות עצבים, מחלות נפש, הפרעות שינה, אפילפסיה.
2.	ריאות ודרכי נשימה.
3.	הפרעות לב, בלחץ הדם ובכלי הדם.
4.	הפרעות בושט, בקיבה, במעי ובפי-הטבעת.
5.	הפרעות בתפקוד הכבד, צהבת, כיס המרה, הטחול והלבלב.
6.	הפרעות בכליות ובדרכי השתן.
7.	ערמונית (פרוסטטה) ואשכים.
8.	סוכרת, בלוטת התריס, שומנים FMF והפרעות מטבוליות והורמונליות אחרות.
9.	הפרעה בספירת הדם, בקרישת הדם או במערכת החיסון.
10.	בעיות הקשורות לעור.
11.	מחלות זיהומיות, מחלות מין, איידס, חום ממושך.
12.	הפרעות בגב ובעמוד השדרה.
13.	סרטן, פרט, תאריך גילוי ומיקום: _____
14.	הפרעות בעיניים וראיה, באוזניים, באף, בסינוסים, בשיניים, בלוע ובגרון.
15.	מצבים גינקולוגיים ומחלות נשים.
16.	מחלות רקמות חיבור, פרקים, אוסטאופורוזה.
17.	האם קיים סיכון מיוחד באורח חיךך או בפעילויותך?

שאלות נוספות	
1.	האם עברת ניתוח כלשהו? פרט סוג ניתוח ומתי בוצע:
2.	האם ידוע לך על הצורך בבדיקות פולשניות, באישפוז ו/או ניתוח בעתיד?
3.	האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי או שידוע לך שיש הפרעה בריאותית עליה לא הצהרת?
4.	האם אתה נוטל תרופות? אם כן, פרט שם התרופה וליאזה צורך _____

שאלות לביטוח סיעודי	
שאלון חיתום משלים (נוסף על הצהרת בריאות/בדיקה רפואית)	
1.	האם ב-10 השנים האחרונות אושפזת או יעצו לך להתאשפז או לדאוג לסיפור מוסדי כלשהו? פרט: _____
2.	האם בשנתיים האחרונות קבלת או יעצו לך לקבל טיפול סיעודי בבית?
3.	האם נאמר לך שאהיה צפוי להיות זקוק לטיפול סיעודי במהלך 12 החודשים הקרובים?
4.	האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלו: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת?
5.	האם אתה משתמש במכשירים רפואיים כלשהם כגון: קטטר, מקל הליכה, כסא גלגלים, גחונות רפואיות מכל סוג שהוא?
6.	האם אתה גר עם מישהו?
7.	האם עברת נפילות חוזרות ב-12 חודשים אחרונים?
8.	האם ברשותך רישיון נהיגה לאופנוע או למונית? במידה וכן, האם עברת יותר מ-3 תאונות בשנה האחרונה?



020102102

פרטים מזהים	ילד רביעי	ילד שלישי	ילד שני	ילד ראשון
השם הפרטי + שם המשפחה (אם שונה משל בעל הפוליסה)				
מספר הזהות				
תאריך לידה ומין	מין	מין	מין	מין

האם היו לילד אי פעם המחלות או סימני המחלות המפורטות להלן: במידה והתשובה "כן" יש למלא שאלון מחלות רלוונטי.	ילד רביעי		ילד שלישי		ילד שני		ילד ראשון	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
1. מחלות קרובי משפחה ביולוגיים: מחלת לב, כליות, סרטן השד/מעיים הגס אצל יותר מ-2 קרובי משפחה. סכרת, הפרעה נפשית (סכיזופרניה, דיכאון) או מחלה תורשתית אחרת פרט מחלה קרבה משפחתית וגיל בגילוי המחלה.								
2. פציעה (בתאונה או כל סיבה אחרת).								
3. קיימת נכות.								
4. מחלות עצבים, מחלות נפש, הפרעות שינה, אפילפסיה.								
5. ריאות ודרכי הנשימה.								
6. הפרעות בלב, ובכלי הדם, איוושה בלב ולחץ דם.								
7. הפרעות בושט, בקיבה, במעי ובפי-הטבעת.								
8. הפרעות בתפקוד הכבד, צהבת, כיס המרה, הטחול והלבלב.								
9. הפרעות בכליות, בדרכי שתן, אשכים ופין.								
10. הפרעה בספירת הדם, בקרישת הדם או במערכת החיסון.								
11. בעיות הקשורות לעור.								
12. מחלות זיהומיות, מחלות מין, איידס, חום ממושך.								
13. הפרעות בגב ובעמוד השדרה, פרקים ועצמות.								
14. סרטן, פרט, תאריך גילוי ומיקום: _____.								
15. הפרעות בעיניים וראיה, באוזניים, באף, בסינוסים, בשיניים, בלוע ובגרון.								
16. מצבים גינקולוגים ומחלות נשים.								
17. סכרת, בלועת התריס, שומנים FFM והפרעות מטבוליות והורמונליות אחרת. שאלון סכרת והפרעות מטבוליות								
18. בעיות התפתחות ו/א ליקוי למידה. פרט: _____.								
19. האם ילדך עבר ניתוח בעבר? פרט: _____.								
20. האם ידוע לך על הצורך בבדיקות פולשניות, באשפוז ו/או ניתוח בעתיד? פרט: _____.								
21. האם ילדך חולה כעת במחלה כלשהי או שידוע לך שיש הפרעה בריאותית עליה לא הצהרת. פרט: _____.								
22. האם ילדך נוטל תרופות? אם כן פרט שם התרופה וליאיה צורך. _____.								

הערות:

### הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה והמבקשת/מועמדת/ים לביטוח:

אני מצהיר/מציחה, מסכים ומתחייב בה כ:

א. כל התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות.  
 ב. כל התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שימסר למנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן: מנורה מבטחים ביטוח) בכתב וכן התנאים המקובלים אצל מנורה מבטחים ביטוח לעניין זה ישמשו בסיס לחוזה

הביטוח ביני/בינו לבין מנורה מבטחים ביטוח יהיו חלק בלתי נפרד ממנו.  
 ג. אני/אנחנו מסכים/ים ומסכים/ים בה כ"י קבולה או דחייתה של הצעתנו/נו ונתון לשיקול דעתה הבלעדי של מנורה מבטחים ביטוח והיא רשאית לדחות את ההצעה ללא מתן הסבר כלשהו להחלטתה.  
 ד. יזנו/לנו שחזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה - מהווה תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף - שולמה במלואה, ובתנאי שלא השתנה מצב הבריאות של המבוטח, ממועד חתימתו על הצהרת הבריאות או בדיקה רפואית שעבר ועד למועד האישור בכתב על קבלתו לביטוח.  
 ה. הריני מצהיר/ה בה כ"י המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע היא להפקת פוליסת הביטוח. וטיפול בכל העיניינים הנובעים מהפוליסה והקשורים אליה. אני/נו מסכים/מה כ"י המידע יימסר לצורך עיון, עיבוד ואחסון לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.

### בביטוחי בריאות

1. בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשמ"ד - 2004, הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישורן או בעקבין ממקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם (דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות, לרבות בשל מחלה או תאונה), שאובחנו במועד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, ואשר אירע למועד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.  
 2. הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישורן או בעקבין ממקרה הביטוח, שאירע במשך תקופת אכשרה של 90 יום ממועד תחילת הביטוח ו/או במשך תקופת אכשרה ארוכה יותר בהתאם לתנאי הפוליסה.  
 3. הריני מצהיר כי עייתי במדרך המוצגים מסדרת "עולם של בריאות" בפרק הרלוונטי.  
 4. כל ההצהרות הנוגעות לילד/ינו הקטנים נמסרות על ידי/נו כאפוטרופוסים טבעיים שלהם.  
 5. אני מצהיר/ה בה כ"י הובא לידיעתי, ואני מסכים/ים לך, שהפרטים שמסרתי למנורה מבטחים ביטוח עומדים על דיוקם, ואני מודע/ה לנכונותם, ואני מודע/ה לנכונותם של הפרטים שביטוחי.

על-פי דין, "קבוצת מנורה מבטחים" יישמו בצורה אמידה ומקצועית את מדיניות הביטוח שלהם, וישמרו על חובת הסודיות והשקיפות. לרבות לצורך דיוור ישיר לרכישת מוצרי "קבוצת מנורה מבטחים" ולצורך כל פעילות שיווקית אחרת.  
 6. אני מבקש/ת כי מנורה מבטחים ביטוח תעניק לי שירותי מתן מידע באמצעות האינטרנט או באמצעות אמצעי תקשורת אחרים, תוך שאני מודע לך כי חרף העובדה שמנורה מבטחים ביטוח מפעילה אמצעי אבטחה מידע במתן שירותי המידע כאמור, עשוי המידע האמור, הכולל פרטים אישיים שלי, להחשף לאחרים.  
 7. אני מבקש/ת כי מנורה מבטחים ביטוח תשלח לכתובתי את קוד הגישה וסיסמת הגישה למידע באמצעות האינטרנט, ידוע לי כי מתן המידע כאמור נועד לצורך בירור ראשוני בלבד ולשם הנוחות, וכי בכל סתירה בין המידע שימסר כאמור לבין המידע המלא שברשות מנורה מבטחים ביטוח יגבר המידע שברשות מנורה מבטחים ביטוח.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת ותומכת המועמד לבעלות על הפוליסה \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשי \_\_\_\_\_ חתימת המועמד השני \_\_\_\_\_

### ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נתון בה רשות חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ולמוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים ובתי החולים ולמוסדות הביטוח הלאומי, לשלשונות צה"ל ולמשרד הביטחון ולהבטחת ביטוח, **למסור למנורה מבטחים ביטוח בע"מ** להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותי הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי כ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהייה לי אילכום כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לניל.  
 כתב ויתור זה מחייב אותי, את עתבני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי וכן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שצריכה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה.

שם מועמד ראשי \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימתו \_\_\_\_\_ שם מועמד שני \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימתו \_\_\_\_\_

עד לחתימת: שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימתו \_\_\_\_\_