

**הצהרת המועמדים לביטוח
על מצבם הבריאותי**

לשון זכר תקף גם ללשון נקבה
לשון יחיד תקף גם ללשון רבים

פרטי המועמדים לביטוח

שם הסוכן: _____ מספרו: _____
שם מנהל פיתוח עסקי: _____ מספרו: _____
מספר ההצעה: _____

| שם המשפחה | השם הפרטי | מספר זהות | תאריך לידה | משקל בק"ג | גובה נס"מ |
|-------------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|
| מועמד ראשון | | | | | |
| מועמד שני | | | | | |
| ילדים 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |

| 1 | | שאלון מבוא כללי | | | | ילדים - שמות | | | | | | | |
|-------------|-----------|---|----|----|----|--------------|----|----|----|----|----|----|----|
| מועמד ראשון | מועמד שני | השאלה / הנושא | | | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | |
| כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא |
| | | 1. ירידה במשקל של יותר מ-10% ממשקלך באופן לא רצוני, ב-12 החודשים האחרונים | | | | | | | | | | | |
| | | 2. מחלות / או הפרעות אצל קרובי משפחה ביולוגיים - אם כן, פרט בשאלון 4 בטופס "שאלונים להשלמת פרטים רפואיים" | | | | | | | | | | | |
| | | 3. עישון (סיגריות / או סיגרים / או מקטרת) - אם כן, פרט בשאלון 5 בטופס "שאלונים להשלמת פרטים רפואיים" | | | | | | | | | | | |
| | | 3.1 מעשן חיום | | | | | | | | | | | |
| | | 3.2 הפסקת עישון במהלך 5 השנים האחרונות | | | | | | | | | | | |
| | | 3.3 הפסקת עישון לפני יותר מ-5 שנים ואיחזרה לעישון כלל | | | | | | | | | | | |
| | | 4. שימוש בסמים / או צריכת אלכוהול, חוץ מאשר באירועים חברתיים, כעת / או בעבר (אם כן המשך בסעיף 4.1) | | | | | | | | | | | |
| | | 4.1 עבר גמילה / או נמצא כעת בגמילה / או הומלץ על גמילה | | | | | | | | | | | |
| | | 5. הגושה תביעה בביטוח אבדן כושר עבודה / או נכות / או בריאות / או סיעוד | | | | | | | | | | | |
| | | 6. נדחת הצעה לביטוח חיים / או אבדן כושר עבודה / או נכות / או בריאות / או סיעוד | | | | | | | | | | | |
| | | 7. בדיקות רפואיות כשהן בשל תלונות / או עקב ממצאים חריגים | | | | | | | | | | | |
| | | 8. בדיקות שגרתיות שלא כתוצאה מתלונות / או ממצאים חריגים | | | | | | | | | | | |
| | | 8.1 בבדיקות השגרתיות האלה נמצאו ממצאים חריגים | | | | | | | | | | | |
| | | 9. נותחת / או אתה צפוי לעבור ניתוח - אם כן פרט מהו הניתוח ומועדו | | | | | | | | | | | |

| 2 | | שאלון מחלות / או הפרעות | | | | ילדים - שמות | | | | | | | |
|-------------|-----------|--|----|----|----|--------------|----|----|----|----|----|----|----|
| מועמד ראשון | מועמד שני | האם יש או היו מחלות / או הפרעות ב- | | | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | |
| כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא |
| | | אם סומן "✓" בטור "כן" יש לפרט בטופס "שאלונים להשלמת פרטים רפואיים" בשאלון המתאים לפי האות כלהלן. | | | | | | | | | | | |
| | | אפילפסיה, מיגרנה, דלקת המוח / או קרום המוח, חבלת ראש, מפרצת מוחית (אנאורימה), שבץ מוחי CVA / או אירוע מוחי כלשהו, אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוק חלקי / או מלא, מחלה / או הפרעה אחרת במערכת העצבים והמוח | | | | | | | | | | | |
| | | דיכאון / או חרדה / או אובססיה / או פוביה / או מאניה דיפרסיה, ניסיון אבדן סכיזופרניה, הלם קרב / או תסמונת פוסט טראומטית, טיפול פסיכיאטרי כלשהו, מחלה / או הפרעה נפשית אחרת | | | | | | | | | | | |
| | | אסטמה, דלקת ריאה חוזרת, פניאמוניוקוזיס חוזר, ברונכיטיס, אמפיזמה (נפחת) / או ברוכטיס (כרונית, פרקוזיאוזיס, מחלה / או הפרעה אחרת בריאה / או בדרכי הנשימה, אלרגיה | | | | | | | | | | | |
| | | יתר לחץ דם, כאבי חזה חוזרים, התקף לר / אוטם רשריר הלב, הפרעה בקצב הלב / או מחלה בלב, הפרעה במסתמי הלב / או אינשושה רזה, איסטיקת לר, קרדיומיופיתיה, מחלת לב מולדת, כאב חזה חד פעמי, מחלה / או הפרעה אחרת בלב, מיפרצת באאורטה, הפרעה רירמת הדם בגפיים, טרומבוזת, תסחיפים, מחלה / או הפרעה אחרת בכלי הדם | | | | | | | | | | | |
| | | החזר ושטי, כבד בקיבה, כבד בתריסרון, מחלת קרוהן, אלצהיימר, קוליטיס, תסמונת המעי הרגיל, חסימת מעיים, צליאק, פי הטבעת, טחורים, זימום ממושך, פיסורה, פילופול אבצס, פרקטיטיס, מחלה / או הפרעה אחרת במערכת העיכול, בקע סרעפתי, בקע בבטן, בקע במפשעה | | | | | | | | | | | |
| | | צהבת, הפטיטיס, הגדלת כבד, שחמת, ציסטה / או המנונגימה, כבד שומני, מחלה / או הפרעה אחרת בכבד, בכיס / או בדרכי המרה, דלקת בלבלב, טחול מוגדל, טחול חסר | | | | | | | | | | | |
| | | חוסר בכליה, אבנים בכליות ובדרכי השתן, דלקות חוזרות בדרכי השתן, ריפלוקס, דלקת כליה, דליפת שתן, כליה פוליציסטית, איספיקת כליה, מטופל בדיאליזה, מחלה / או הפרעה אחרת בכליה ובדרכי השתן | | | | | | | | | | | |
| | | ערמונית (פרוסטטה) / או אשכים ערמונית מוגדלת, אשך טמיר, וריקוצלה, הירוצלה | | | | | | | | | | | |
| | | חוליף החומרים (מטבוליות) סוכרת, שומנים, בלוטת התריס (המגן/התירואיד), F.M.F, ציסטיק פיברוזיס, מחלה / או הפרעה מטבולית / או הורמונלית אחרת | | | | | | | | | | | |
| | | אנמיה, חוסר ברזל, חוסר ביוטמין B12, טלסמיה, אנמיה חרמשית/אפלטטית/המוליטית, ריבוי כדוריות דם אדומות (פוליציטמיה), ריבוי / או מעטס כדוריות דם לבנות, קרישת הדם, מערכת החיסון, מחלה / או הפרעה אחרת | | | | | | | | | | | |
| | | פסוריאזיס, פריחה אלרגית כרונית, פמפיגוס, אקזמה, נגע / או גוש במעקב, גזת, מחלה / או הפרעת עור אחרת | | | | | | | | | | | |
| | | איידס (גם נשאות), עגבת, שחפת, מלריה, מחלה זיהומית/מחלת מין אחרת, חום ממושך | | | | | | | | | | | |
| | | כתף, יד, מרפק, שוטף כף יד, כף יד, כף יד, אגן הירכיים, מפרק ירך, רגל, ברך, קרסול, כף יד, רגל אחת / או יותר מהנשימה, קטיעה, גב ועמוד שדרה, מחלה / או הפרעה אחרת במערכת השלד והשרירים (כולל גב ועמוד שדרה) | | | | | | | | | | | |
| | | מחלות ממאירות / או גידולים ממאירים | | | | | | | | | | | |
| | | עיוורון/כבדות ראייה, קטרקט, היפרדות רשתית, גלאוקומה, משקפיים מעל מספר 7 פלוס / או מיוס / או מעל 2.5 פלוס בלבד, אובסטיס, נזק לעצב הראייה, קרטוקונוס, מחלה / או הפרעה אחרת בראייה / או רעיווים, חירשות/כבדות שמיעה, ירידה בשמיעה, דלקות אוזניים, נזק בעור התוף, ורטניס, מנייר, שחל באוזן, ציפאופיה ראון, מחלה / או הפרעה אחרת בשמיעה / או באוזניים, מחיצת האף, פוליפית, סינוסיטיס, אבצס נשקדים, יבלות במיתרי הקול, שקד שלישי, מפרק הלסת, בלוטת הרוק, דום נשימה בשעיה | | | | | | | | | | | |
| | | גש / או ציסטה בשד, הגדלת דקמת שד, גנקומסטיה, בעיות פרווה הפלות חוזרות, רחם שרירי (מיאומה), דימומים כלא קשר למחזור, אנדומטריוזיס, זיהומים ברחם/חצוצרה/שחלה, היריון נכחי של יותר מעבר אחד, היריון נכחי / או בעבר עם שמירה / או סיבוכים, ניתוח קיסרי, מחלה / או הפרעה אחרת | | | | | | | | | | | |
| | | אוסטיאופורוזיס, אוסטימאלטיס כרונית, אוסטיאוארטריזיס, ריאומטואיד ארטריטיס, זאבת (לופוס), פיברומיאלגיה, דלקת פרקים שגרונית, שגדון (גאוס), סקלודרמה, מחלה / או הפרעה אחרת | | | | | | | | | | | |

