

הצהרת בריאות – משרד הביטחון

הטופס מיועד לגברים ונשים כאחד, אך למען הפשטות והיעילות מנוסח בלשון זכר.
במקרה בו סומנה תשובה חיובית על אחת או יותר מן השאלות המפורטות, יש לסמן ✓ במשבצת הסמוכה למחלה או הבעיה הרלוונטית המצויה בשאלה, וכן לתת פירוט ברור בתחתית הצהרת הבריאות. לידעתך, ייתכן כי יידרשו מסמכים נוספים ו/או בדיקה רפואית בהתאם למקובל בחברה.

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מספר זהות: _____

למבוטח שגיל הולדתו ה-65 יחול בחצי שנה הקרובה או שעבר את גיל 65, יש לצרף סיכום רפואי מרופא מטפל הכולל רשימת אבחונים וטיפולים, מצב רפואי, ניתוחים בעבר או בעתיד, אשפוזים והתייחסות לממצאי בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו בחמש שנים האחרונות.

סוג המחלה	כן	לא
1א האם הינך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות? אם כן ציין סוג וכמות	כן	לא
1ב האם אתה צורך או צרכת סמים בעשר שנים האחרונות?	כן	לא
1ג האם אתה צורך או צרכת כמות של מעל שתי מנות אלכוהול ביום בממוצע בעשר שנים האחרונות?	כן	לא
האם אובחנת במחלות/הפרעות ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:		
2 מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ללב וכלי דם: ☐ לב ☐ כלי דם	כן	לא
3 מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי או בדיאטה במהלך 10 שנים האחרונות: ☐ יתר לחץ דם ☐ סכרת (לרבות סכרת הריקן) ☐ שומנים בדם	כן	לא
4 מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: ☐ ריאות ☐ דרכי הנשימה	כן	לא
5 מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: ☐ מערכת העצבים ☐ טרשת נפוצה ☐ אירוע מוחי ☐ אפילפסיה	כן	לא
6 מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: ☐ מערכת העיכול ☐ המעיים ☐ כבד ☐ מחלת צהבת (הפטיטיס) לסוגיה	כן	לא
7 ☐ גידול שפיר ☐ גידול ממאיר ☐ מחלה ממארת (סרטן)	כן	לא
8 מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות מתח, חרדה ודיכאון)	כן	לא
9 מחלות או בעיות רפואיות הקשורות ל: ☐ כליות ☐ דרכי שתן ☐ אי ספיקת כליות	כן	לא
10 ☐ מחלות זיהומיות ☐ איידס ☐ נשאות לאיידס	כן	לא
11 ☐ מחלות עיניים ☐ הפרעות בראיה (יש לציין משקפיים או אם מספר העדשות מעל 7) ☐ מחלות אוזניים ☐ ירידה בשמיעה.	כן	לא
12 נכות, אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד?	כן	לא
13 תרופות: האם אתה נוטל תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע במשך 5 השנים האחרונות?	כן	לא
14 אשפוזים: האם אושפזת או הפנית לבית חולים לצורך אשפוז (לרבות בחדר מיון) כתוצאה ממחלה או תאונה במשך 5 השנים האחרונות?	כן	לא
גובה: _____ ס"מ	משקל: _____ ק"ג	שם קופת חולים
שם הסניף וכתובתו		
שם וכתובת הרופא המטפל		

במידה וענית על אחת מהשאלות לעיל "כן", אנא פרט:

מידע למועמד לביטוח

- לידיעתך התשובות להצהרת הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לביטוח וכן לכל דבר וענין אחר הקשור לפוליסה ולטיפול בה. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ו/או משהו מטעמן תעשה בו שימוש לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

תאריך: _____ חתימה: _____

הצהרת המבוטח

אני מצהיר ומתחייב בזאת כי כל התשובות הן נכונות ומלאות וניתנו מרצוני החופשי תאריך: _____ חתימה: _____

הסכמה לשימוש במידע

- אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותי, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

תאריך: _____ חתימה: _____

ויתור סודיות רפואית

- אני נותן בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לחברות ביטוח, לשלטונות צה"ל ולמשרד הביטחון למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ולהראל פנסיה, (להלן "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד.
- אני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסינפיים מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. וכן אני מייפה את המבקש לאסוף כל מידע שיראה לו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.
- השימוש בכתב ויתור זה יתבצע על ידי החברה רק ככל שהדבר דרוש לצורך בירור זכויות וחובות המוקנות על ידי הפוליסה.

תאריך: _____ חתימה: _____