

3. הצהרת בריאות

נא לענות על השאלות הבאות תשובות ברורות ומלאות. אין להשתמש בקווים כל שהם במקום מילים. על השאלות שלהלן יש לסמן את התשובה "כן" או "לא" בגוף השאלון. אם התשובה חיובית "כן" יש לרשום את מספר השאלה במקום המיועד לתשובות על ממצאים חיוביים ולפרט תאריכים, סוג מחלה, סיבוכים, טיפולים, תרופות, מצב נוכחי, סיכומי מחלה וכו', (אין לרשום הערות בין השאלות).

האם סבל או סובל מ – (סמן ב- V)		עובד		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
גובה בס"מ														
משקל בק"ג														
1														○ אירוע מוחי - נא צרף מכתב עדכני מרופא מטפל המפרט האם נותרה פגיעה תפקודית, מתי היה האירוע, האם היו אירועים חוזרים ומהי האבחנה ומהי האבחנה הרפואית לסוג האירוע, מחלה או מגבלה בעיניים [1]
2														○ מחלת לב [4] ○ כלי דם [7], ○ מחלת דם, ○ לחץ דם [5], ○ שומנים בדם [6]
3														○ מחלת ריאות [3], ○ אסטמה [3], ○ הפרעות בקיבה [9], ○ הפרעות או מחלות במערכת העיכול [9]
4														○ סוכרת [12], ○ מחלת כבד [10], ○ מחלות חילוף חומרים (אנדוקרינולוגיות) - נא צרף מכתב מהרופא המטפל
5														○ מחלה הקשורה בכליות [13] ○ בדרכי השתן [13]
6														○ מחלה או מגבלה הקשורה בעמוד השדרה [21], ○ רגליים [18] [19], ○ ידיים [18] [19], ○ מחלת פרקים [19], ○ אוסטיואורוזיס/ ירידה בצפיפות העצם [17]
7														○ מחלה ממארת ו/או גידול כלשהו - נא צרף מכתב עדכני מרופא אונקולוג מטפל ותוצאות בדיקות היסטולוגיות, ○ מחלה ו/או תופעה כרונית כלשהי ○ מחלה תורשתית
8														○ פיגור שכלי, ○ מחלת מערכת העצבים, ○ הפרעה התפתחותית, ○ מחלת נפש [25], ○ אפילפסיה [22]
9														האם עברת: ○ תאונה [24] ○ ניתוח - נא צרף סיכום ניתוח ○ אושפזת בבית חולים ב 5 השנים האחרונות [23], ○ נמצא בטיפול רפואי, תרופתי או השגחתי כלשהו ?
10														○ מחלות גריאטריות, ○ קושי בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת?
11														○ לנשים : סובלת ו/או סבלת ממחלה הקשורה בכל תופעה גניקולוגית [15] עברת לידה בנייתוח קיסרי?

במידה והתשובה על אחת השאלות הינה "כן", יש לפרט עברה בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים, מספרו מופיע בסוגריים מרובעים [], לדוגמה [6], או לצרף מכתב מהתאם לרשום בסוגריים.

4. ויתור על סודיות רפואית

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת החולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דרוש לביטוח הזכויות והחובות המוקנות על פי הפוליסה, למסור להראל חברה לביטוח 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 שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש". כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטינים.

5. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

- אני מצהיר כי המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה.
- אני מצהיר על הסכמתי לכך כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיי, המצוי או יהיה מצוי בידי החברה או בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, לכל ענין הקשור ו/או הנלווה להצטרפותי לביטוח בריאות ולכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל ובשיווקם, לרבות לצורך עיבודו, אחסונו, טיפול בתביעות, לשם השלמת השימושים כאמור ולפניה אלי בהצעות שיווקיות ובדבר פרסומת כמפורט להלן.

אם אינך מסכים שיעשה שימוש במידע אודותיך כמפורט לעיל, אנא סמן X להלן: _____ איני מסכים שיעשה שימוש במידע כמפורט לעיל.

- אלא אם ציינתי אחרת מטה, אני מסכים לקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) אליהן הועברו פרטיי, מידע, הודעות, הצעות שיווקיות ופרסומות, לרבות באמצעות דיוור ישיר, על מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל באמצעות דואר רגיל, פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר (SMS) ובכל דרך אחרת.

אני מסכים לקבל הצעות ודבר פרסומת כאמור באמצעות _____ [נא רשום את האמצעי שבו אינך מעוניין לקבל פניות].

- אני מסכים לקבל הודעות על פי דין ו/או מכח הצטרפותי לביטוח בריאות לכתובת הדואר האלקטרוני האחרונה שנמסרה לכם.

תאריך _____ חתימה _____

6. חתימת המועמדים לביטוח/המזהיר בשם המועמדים

במקרה שבו טופס ההצטרפות, לרבות הצהרת הבריאות מולאה בעבור המועמדים הרשומים בטופס על ידי המזהיר, אני מאשר/ת כי חברת הביטוח נסמכת על הצהרת הבריאות כתנאי מהותי לרכישת הביטוח ועל כן תוקף הכיסוי הביטוחי בעבור כלל המבוטחים יהיה בכפוף לנכונות ולשלמות ההצהרות.

במקרה שהמזהיר חותם בשם המועמדים, לא נדרשת חתימת בן/בת הזוג וילד מעל גיל 18.

שם	מס' ת.ז.	תאריך	חתימה
עובד/ת:	_____	_____	_____
בן/בת זוג:	_____	_____	_____
ילד מעל גיל 18:	_____	_____	_____
ילד מעל גיל 18:	_____	_____	_____