מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

1

020102101

הצהרה על מצב בריאות

מספר פוליסה	
שם הסוכן	
מספר הסוכן	

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

א. פרטי המבוטחים

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	
מקצוע	עיסוק	גובה / משקל

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	
מקצוע	עיסוק	גובה / משקל

ב. שאלות על מצב בריאות

מבוטח ראשון כן	מבוטח ראשון לא	שאלות כלליות לכל שאלה סמן ✓ בעמודה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי וצרף שאלון בהתאם. הקפד לרשום מימין לגבי מבוטח ראשי ומשמאל לגבי מבוטח שני.	מבוטח שני כן	מבוטח שני לא
		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. סכרת, הפרעה נפשית (סכיזופרניה, דיכאון) או מחלה תורשתית אחרת פרט מחלה קרבה משפחתית וגיל 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: צינתור, 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 עליך לתרום דם. שאלון תרומת דם		
		10. טופל בעבר בכימוטרפיה או הקרנות.		

11. הצהרת אי-עישון/עישון

ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום סכום הביטוח בהתאם לחוק. לסמן ✓ במשבצת המתאימה.

מבוטח ראשי

❑ **מעשן:** ❑ סיגריות ❑ סיגרים ❑ מקטרת ❑ אחר___ כמה ביום ___ שנות עישון ___

❑ **לא מעשן:** האם עישנת בעבר?
❑ לא ❑ כן, התחלתי בשנת ____ _ והפסקתי בשנת _____
עישנתי: ❑ סיגריות ❑ סיגרים ❑ מקטרת ❑ אחר _____
האם יעצו לך להפסיק מסיבת בריאות ❑ לא, ❑ כן - פרט _____
_____

מבוטח שני

❑ **מעשן:** ❑ סיגריות ❑ סיגרים ❑ מקטרת ❑ אחר___ כמה ביום ___ שנות עישון ___

❑ **לא מעשן:** האם עישנת בעבר?
❑ לא ❑ כן, התחלתי בשנת ____ _ והפסקתי בשנת _____
עישנתי: ❑ סיגריות ❑ סיגרים ❑ מקטרת ❑ אחר _____
האם יעצו לך להפסיק מסיבת בריאות ❑ לא, ❑ כן - פרט _____
_____

		12. האם אתה צורך/צרכת סמים? שאלון סמים		
		13. האם הינך שותה קבוע יותר מכוס משקה אלכוהול ביום? שאלון אלכוהול		
		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. שאלון עצבים		
		2. ריאות ודרכי נשימה. שאלון ריאות ודרכי נשימה		
		3. הפרעות בלב, בלחץ הדם ובכלי הדם. שאלון לב וכלי דם		
		4. הפרעות בושט, בקיבה, במעי ובפי-הטבעת. שאלון ושט ודרכי עיכול		
		5. הפרעות בתפקוד הכבד, צהבת, כיס המרה, הטחול והלבלב. שאלון תפקוד כבד, כיס מרה וטחול		
		6. הפרעות בכליות ובדרכי השתן. שאלון כליות ודרכי שתן		
		7. ערמונית (פרוסטטה) ואשכים. שאלון פרוסטטה ואשכים		
		8. סכרת, בלוטת התריס, שומנים FMF והפרעות מטבוליות והורמונליות אחרות. שאלון סכרת והפרעות מטבוליות		
		9. הפרעה בספירת הדם, בקרישת הדם או במערכת החיסון. שאלון ספירת דם וקרישה		
		10. בעיות הקשורות לעור. שאלון עור		
		11. מחלות זיהומיות, מחלות מין, איידס, חום ממושך. שאלון מחלות זיהומיות, מחלות מין, חום ממושך		
		12. הפרעות בגב ובעמוד השידרה. שאלון גב		
		13. סרטן. פרט, תאריך גילוי ומיקום: _____		
		14. הפרעות בעיניים וראיה, באוזניים, באף, בסינוסים, בשיניים, בלוע ובגרון. שאלון עיניים, אוזניים ואף		
		15. מצבים גינקולוגים ומחלות נשים. שאלון מחלות נשים		
		16. מחלות רקמות חיבור, פרקים, אוסטאופורוזה. שאלון מחלות רקמות חיבור, פרקים, אוסטאופורוזה		
		17. האם קיים סיכון מיוחד באורח חייך או בפעילויותיך?		
		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 ולאיזה 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 לסידור מוסדי כלשהו? פרט: _____		
		2. האם בשנתיים האחרונות קבלת או יעצו לך לקבל טיפול סיעודי בבית?		
		3. האם נאמר לך שאתה 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, חגורות רפואיות מכל סוג שהוא?		
		6. האם אתה גר עם מישהו?		
		7. האם עברת נפילות חוזרות ב-12 חודשים אחרונים?		
		8. האם ברשותך רשיון נהיגה לאופנוע או למונית? במידה וכן, האם עברת יותר מ-3 תאונות בשנה האחרונה?		

020102102

6 שאלון בריאות לילד ונוער

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

ילד ראשון		ילד שני		ילד שלישי		ילד רביעי		**האם היו לילד אי פעם המחלות או סימני המחלות המפורטות להלן:** **במידה והתשובה "כן" יש למלא שאלון מחלות רלוונטי.**	
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן		
								1. מחלות קרובי משפחה ביולוגיים: מחלת לב, כליות, סרטן השד/מעי 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).	שאלון פציעה
								3. קיימת נכות.	שאלון נכות
								4. מחלות עצבים, מחלות נפש, הפרעות שינה, אפילפסיה.	שאלון עצבים
								5. ריאות ודרכי הנשימה.	שאלון ריאות ודרכי נשימה
								6. הפרעות בלב, ובכלי הדם, איוושה בלב ולחץ דם.	שאלון לב וכלי דם
								7. הפרעות בושט, בקיבה, במעי ובפי-הטבעת.	שאלות ושט ודרכי עיכול
								8. הפרעות בתפקוד הכבד, צהבת, כיס המרה, הטחול והלבלב.	שאלון תפקוד כבד, כיס מרה וטחול
								9. הפרעות בכליות, בדרכי השתן, אשכים ופין.	שאלון כליות ודרכי שתן
								10. הפרעה בספירת הדם, בקרישת הדם או במערכת החיסון.	שאלון ספירת דם וקרישה
								11. בעיות הקשורות לעור.	שאלון עור
								12. מחלות זיהומיות, מחלות מין, איידס, חום ממושך.	שאלון מחלות זיהומיות, מחלות מין, חום ממושך
								13. הפרעות בגב ובעמוד השידרה, פרקים ועצמות.	שאלון גב
								14. סרטן. פרט, תאריך גילוי ומיקום: _____	
								15. הפרעות בעיניים וראיה, באוזניים, באף, בסינוסים, בשיניים, בלוע ובגרון.	שאלון עיניים, אוזניים ואף
								16. מצבים גינקולוגים ומחלות נשים.	שאלון מחלות נשים
								17. סכרת, בלוטת התריס, שומנים FMF והפרעות מטבוליות והורמונליות אחרת.	שאלון סכרת והפרעות מטבוליות
								18. בעיות התפתחות ו/א ליקויי 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 ולאיזה צורך. _____	

הערות: _____

_____

☐ הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה והמבקש/ת מועמד/ים לביטוח:

אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

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 בינ/ביננו לבין מנורה מבטחים ביטוח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

ג. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעתי/נו זו נתון לשיקול דעתה הבלעדי של מנורה מבטחים ביטוח והיא רשאית לדחות את ההצעה ללא מתן הסבר כלשהו להחלטתה.

ד. ידוע לי/נו שחוזה הביטוח ייכנס 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 בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע היא להפקת פוליסת הביטוח. וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה והקשורים אליה. אני/נו מסכים/מה כי המידע יימסר לצורך עיונו, עיבודו ואחסונו לכל אדם או גוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.

בביטוחי בריאות

ו. בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשמ"ד - 2004, הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם (דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות, לרבות בשל מחלה או תאונה), שאובחנו במועמד לביטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, ואשר אירע למועמד לביטוח בתקופה שבה חל הסייג.

ז. הביטוח אינו מכסה תביעות הנובעות במישרין או בעקיפין ממקרה הביטוח, שאירע במשך תקופת אכשרה של 90 יום ממועד תחילת הביטוח ו/או במשך תקופת אכשרה ארוכה יותר בהתאם לתנאי הפוליסה.

ח. הריני מצהיר כי עיינתי במדריך המוצרים מסדרת "עולם של בריאות" בפרק הרלוונטי.

ט. כל ההצהרות הנוגעות לילדי/נו הקטנים נמסרות על ידי/נו כאפוטרופוס/ים טבעיים שלהם.

י. אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי, ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי למנורה מבטחים ביטוח וכל מידע נוסף הנוגע לי שיגיע לידיעתה של מנורה מבטחים ביטוח, יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת מנורה מבטחים ביטוח לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, בין אם הוא מופעל על-ידי מנורה מבטחים ביטוח עצמה ובין בידי מי מטעמה, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע נוספים של חברות שבשליטת "מנורה מבטחים החזקות בע"מ" ("קבוצת מנורה מבטחים") או לגורמים הפועלים מטעמן של אותן חברות, לצורך מתן שירותים נוספים, לצורך ניהול נכסי הלקוחות, לצורך הפעילות השוטפת וכן לצורך קיום חובותיה על-פי דין.

אני מסכים כי הנתונים אשר יישמרו במאגרי המידע ישמשו לצורך יצירת קשר עימי על-ידי מנורה מבטחים ביטוח או על-ידי חברה אחרת מ"קבוצת מנורה מבטחים", לרבות לצורך דיוור ישיר לרכישת מוצרי "קבוצת מנורה מבטחים" ולצורך כל פעילות שיווקית אחרת.

יא. אני מבקש כי מנורה מבטחים ביטוח תעניק לי שירותי מתן מידע באמצעות האינטרנט או באמצעות אמצעי תקשורת אחרים, תוך שאני מודע לכך כי חרף העובדה שמנורה מבטחים ביטוח מפעילה אמצעי אבטחת מידע במתן שירותי המידע כאמור, עשוי המידע האמור, הכולל פרטים אישיים שלי, להחשף לאחרים.

אני מבקש 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 וחותמת המועמד לבעלות על הפוליסה _____ חתימת המועמד הראשי _____ חתימת המועמד השני _____

☐ ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ולמוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים ובתי החולים ולמוסדות הביטוח הלאומי, לשלטונות צה"ל ולמשרד הביטחון ולחברות 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 שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה 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 בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

כתב ויתור זה יחול גם על ילדי ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה.

ולראיה באנו על החתום, בתאריך X _____

שם מועמד ראשי _____ מספר זהות _____ חתימתו _____

שם מועמד שני _____ מספר זהות _____ חתימתו _____

עד לחתימות: משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____ חתימתו _____