



למילוי במחלקה

Table with 4 columns: מספר פוליסה/הצעה, מספר מעסיק, מספר סוכן, סניף

הצהרת בריאות - ביטוח מנהלים

א הצהרת בריאות

1. שאלות כלליות - נא לענות על כל השאלות תשובות ברורות ומלאות. אין להשתמש בקווים או בסימנים במקום מילים. (סמן ✓ בטורים "כן" או "לא" כנדרש ופרט עליפי הצורך בסעיף 3 להלן.)

Table with 2 main columns: השאלה, כן/לא. Contains 18 numbered questions regarding medical history and symptoms.

2. האם אתה סובל או האם סבלת בעבר? סמן כאן ✓ בטור "לא" או "כן" כנדרש. אם ענית כן פרט לפי הצורך בסעיף 3 להלן.

Table with 2 main columns: המחלה/המחלות, כן/לא. Contains 7 numbered questions regarding specific diseases and conditions.

3. אם התשובה על אחת או יותר מן השאלות בסעיפים 1 ו-2 היא "כן", יש לפרט להלן ולמלא שאלון בהתאם.

Table with 5 columns: מס' לעיל, המחלה או הפרעה, מתי הייתה, כמה זמן נמשכה, מצב שאלון מתאים, שם הרופא או המוסד המטפל

ב הצהרת המועמד לביטוח ולקן פנסיה עדי

אני החתום מטה אשר את חייני יש לבטח, מצהיר בזה שכל התשובות שניתנו בסופסוף ההצעה והצהרה הבריאות הן נכונות ומלאות ולא העלמתי דבר העשוי להשפיע על החלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי כי שאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח. אם תשובתי אינן נכונות ומלאות והעלמתי דבר, כאמור לעיל, לא יהיה הביטוח בתוקפו והראל/קרן עדי תהיה פטורה מתשלום עבור הביטוח. הרשות בידי הראל/קרן עדי, באופן בלעדי, להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בלי שתהיו חייבים להצדיק או להסביר החלטתכם. אעמוד לרשותכם לבדיקה רפואית ומעבדתית כללית ומקיפה לצורך גילוי כל מחלה או סימן למחלה, ידוע לי שהביטוח/קרן עדי נכנס לתוקפו לאחר שהמבוטח נתקבל בתנאי קבלה רגילים, או במקרה שנתקבל בתנאי קבלה מיוחדים, רק לאחר שהסכמתי להם ובתנאי נוסף שמיום הבדיקה או מיום החתימה על הצהרת הבריאות ועד ליום בו החליטה הראל ו/או קרן עדי על קבלה לביטוח ו/או לקרן עדי לא חל כל שינוי במצב בריאותי, באורח חיי ובעיסוקי. תשובותינו ו/או המידע שיימסר לכם יאוכסנו במאגר מידע לפי הוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 וישמשו לצורכי הביטוח בלבד.

חתימת המועמד לביטוח

חתימת המועמד לבעלות על הפוליסה

תאריך

ג הצהרת ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה נתן בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ולמוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, 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 ולעדי קרן פנסיה, 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 וכל רופא מרפואיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כניל, ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לניל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדו ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי וכן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שיראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

חתימת המועמד

שם המועמד לביטוח

תאריך

עד לשמירה: שם פרטי ומשפחה

חתימה

3020

האופק:

חתימה:

חתימה:

חתימה:

חתימה:

חתימה:

חתימה: