

שם המפקח	שם הסוכנות	שם מלא סוכן ראשי
סניף	מספר סוכן הראל	מספר פוליסה/הצעה

הצהרת בריאות מקוצרת

הטופס מיועד לגברים ונשים כאחד, אך למען הפשטות והיעילות מנוסח בלשון זכר.

נא סמן האם אתה סובל או סבלת בעבר מאחת המחלות הרשומות להלן:

סוג המחלה	כן	לא	פרטים
1. מעשן, אם כן כמה?			
2. מחלות לב, מומי לב, שבץ מוחי			
3. לחץ דם מוגבר ומחלות כלי-דם			
4. סוכרת, שומנים בדם			
5. מחלות ריאה וכלי נשימה, אסטמה			
6. מחלות עצבים, שיתוקים או הפרעות בתנועה, מחלות נפש			
7. מחלות דרכי עיכול, קיבה, מעיים, כבד, שלשול חוזר, צרבת, דם בצואה			
8. גידול שפיר/ממאיר			
9. מחלות כליות, דרכי השתן, מערכות המין, דם או חלבון בשתן			
10. נכות כלשהי כתוצאה מתאונה או מחלה			
11. מחלה או כאבים בגב, פרקים ועצמות			
12. איידס והפטיטיס			
13. האם אתה מרגיש בריא?			
משקל	גובה	שם קופת חולים	שם הסניף וכתובתו
שם וכתובת הרופא המטפל			

אני מצהיר שלא אושפזתי או עברתי ניתוח ב-10 השנים האחרונות ואינני משתמש בתרופות ו/או בסמים ולא נמצא במעקב או טיפול רפואי כלשהו.

הצהרת המבוטח:

אני הח"מ מטה, המועמדים לבעלות על הפוליסה ו/או לבטוח מבקשים בזה לבטח את חייהם של המועמד לבטוח לפי הרשום בהצעה. אני/אנו מצהיר/ים מסכימ/ים ומתחייב/ים בזה כדלקמן: (1) כל התשובות כמפורט בהצעה הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצעה/בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר למבטח בכתב יד וכן תנאים המקובלים אצל המבטח בעניין זה, ישמשו תנאי יסוד לחוזה בטוח ביננו/ בנינו לבין המבטח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. (3) הרשות בידי המבטח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שיהיה חייב להצדיק או להסביר את החלטתו, וידוע לי/לנו שחווה הבטוח יכנס לתוקפו לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לבטוח. (4) תשובתי ו/או המידע שיימסר לכם יאוחסנו במאגר המידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 וישמשו לצורכי הבטוח בלבד. אני/אנו החתומ/ים מטה הרשומ/ים בהצעה כמועמד/ים לבטוח חיים מסכימ/ים בזה שחיינו יבוטחו ותנאים ובהתאם לאמור לעיל. אני/אנו מצהיר/ים בזה כי הפיצויים המבוקשים לפי בטוח אי כושר עבודה, במידה וייעשה בטוח נוסף זה, יחד עם הפיצויים החודשיים המבוטחים על ידי בפוליסות בטוח אחרות מסוג זה בכל חברת בטוח, אינם עולים על 75% מהכנסתי הממוצעת בשנה האחרונה.

חתימת המועמד לבטוח

חתימה וחותמת החברה

תאריך

הצהרת ויתור סודיות רפואית:

לכב' הנני נותן בזה רשות לקופת החולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, למוסד לבטוח לאומי ו/או לשלטונות צה"ל, לרופא המטפל בי בקביעות וכל רופא אחר שנמצאתי או אמצא בטיפולו וכן כל הרופאים המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למסור להראל חברה לבטוח בע"מ ("להלן "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש ו/או הבאים בשמו, על מצבי הבריאות, כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כיום וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותם וקשורים למצבי הבריאות. אני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצבי בריאותי ומחלותיי כאמור ולא תהיינה לי טענה או תביעה מסוג כל שהוא כלפי כל מוסר מידע כאמור. כן הנני מיפה את המבקש לאסוף מידע שייראה לו חשוב בקשר לבריאותי. כן הנני פותר משמירת סוד לאחר מותי את הרופאים, האנשים האחרים והשלטונות שהחברה יכולה לפנות אליהם בהתאם להצהרתנו זו. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי ו/או כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

שם פרטי ומשפחה _____ מספר זהות _____ כתובת _____

תאריך _____ חתימה _____