

הצהרת בריאות מקוצרת

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

משפחה: _____ פרטי: _____ מספר זהות: _____ תאריך לידה: _____ מין: ז/א

הנחיות כלליות: יש לסמן האם אתה סובל או האם סבלת בעבר מאחת הבעיות הרשומות להלן, אלא אם צוין אחרת בשאלה. במקרה בו סומנה תשובה חיובית על אחת או יותר מן השאלות המפורטות, יש לסמן "כן" וכן לתת פירוט בתחתית הצהרת הבריאות. לדיעתך ייתכן ותידרש בהמצאת מסמכים רפואיים נוספים ו/או בבדיקה רפואית בהתאם למקובל בחברה.

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 הדמיה מיוחדות שבוצעו בחמש שנים האחרונות.

יש להקיף בעיגול את התשובה הנכונה			
1	כן	לא	האם אתה מעשן או עישנת מוצרי טבק בשנתיים האחרונות? אם כן ציין סוג וכמות
2	כן	לא	האם אתה צורך או צרכת סמים? אם כן, ציין סוג ותדירות
3	כן	לא	האם אתה צורך או צרכת כמות של מעל שתי מנות אלכוהול ביום באופן קבוע ב-10 שנים האחרונות?
4	כן	לא	האם אושפזת בבית חולים כתוצאה מתאונה או ממחלה במשך 10 שנים האחרונות? אם כן, פרט מתי וסיבת האשפוז.
5	כן	לא	האם סבלת מאחת המחלות / בעיות הרשומות להלן? אם כן – יש למלא הפרטים והשאלון המתאים:
א.	כן	לא	מחלות לב
ב.	כן	לא	מחלות כלי דם
ג.	כן	לא	סרטן
ד.	כן	לא	כבד
ה.	כן	לא	כליות
	כן	לא	מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי או בדיאטה במהלך 10 השנים האחרונות?
ו.	כן	לא	1. יתר לחץ דם 2. סוכרת (לרבות סכרת הריון)
ז.	כן	לא	איידס או נשאות לאיידס
ח.	כן	לא	הפרעה או מחלה נפשית מאובחנת
ט.	כן	לא	אירוע מוחי
6	כן	לא	לרוכשים כסויים נוספים (שאינם כסוי ריסק למקרה מוות) יש לענות על השאלה הבאה:
	כן	לא	האם אתה סובל או סבלת מבעיית פרקים, עצמות, גב ועמוד שדרה
7	כן	לא	האם נקבעה לך נכות, על ידי מוסד המוסמך לקבוע שיעורי נכות, בשיעור העולה על 25%?
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

- לדיעתך התשובות להצהרת הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- המידע הכולל במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפות לביטוח וכן לכל דבר וענין אחר הקשור לפוליסה ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ו/או מישהו 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 הכולל 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 והפיננסיים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לדיעתי מידע על מוצרים ושירותים, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

תאריך: _____ חתימה: _____

קבלת דבר פרסומת

- הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS). אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומות והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsu או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף ביטוח חיים, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777

ויתור סודיות רפואית

- אני/נו החתום/ים מטה נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למלא ו/או למשרד הביטוח ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברה, ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לביורו ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלת לביטוח המבוקש למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ולהראל פנסיה (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש. ולא תהינה לי/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנייל. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עובדי/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים."

תאריך: _____ חתימה: _____

