

תאריך מבוקש לתחילת הביטוח

יובהר כי מועד תחילת הביטוח המאושר על ידי החברה, הוא זה שיצוין בדף פרטי הביטוח כמועד תחילת הביטוח והכל בהתאם ובכפוף לתנאי הפוליסה. תחילת הביטוח תהא לפי המאוחר מבין המועדים הבאים: קיבול ההצעה לביטוח ע"י המבטח ומכל מקום לא לפני מועד החתימה על ההצעה לביטוח.

טופס הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי עבור חברי האגודה הישראלית לדיפלומטיה (ע"ר) ובני משפחתם כולל הצהרת בריאות

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לגברים ונשים

טופס זה מיועד עבור:

- חבר קיים ו/או בני משפחתו המבקשים להצטרף לביטוח.
- חבר חדש אצל בעל הפוליסה ובני משפחתו שהינו עובד של משרד החוץ, אשר מצטרפים לאחר 120 יום מיום תחילת עבודתו.
- חבר חדש אצל בעל הפוליסה ובני משפחתו שאינו עובד של משרד החוץ, אשר מצטרפים לביטוח.
- ילד בוגר של חבר מבוטח.
- בן/בת זוג שנישא לעובד מבוטח ומצטרף לאחר 120 יום ממועד הנישואין.
- תינוק שנולד לעובד מבוטח, המצטרף לאחר 120 יום מיום הלידה.
- מבוטח שביטל את הביטוח מיוזמתו וכעת מבקש להצטרף שוב לביטוח.

האם אתה תושב קבע בישראל כן / לא

מס' עובד _____

מועד זכאות: _____

תאריך תחילת העבודה: _____ / _____ / _____

הרכב תכנית הביטוח הקבוצתית

השתלות ו/או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוח ומחליפי ניתוח מחוץ לישראל, ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל מסלול שב"ן, שירותים אמבולטוריים.

פרטי המועמדים לביטוח

אני/אנו החתומים מטה, מועמדי/ים לבעלות על הפוליסה ו/או המועמדי/ם לביטוח פונים אל הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס/החברה") בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	מין	תאריך לידה	קופת חולים	שב"ן	חבילת כסויים הכוללת פרק ניתוחים משלים שב"ן כולל ברות ביטוח
חברה/ה			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
בן/בת זוג			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד עד גיל 25			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד עד גיל 25			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד עד גיל 25 *			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד עד גיל 25			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד מעל גיל 25			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד מעל גיל 25			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד מעל גיל 25			נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*קיימת הטבה של ילד שלישי ואילך חנים- ההטבה הינה למשך כל תקופת הביטוח, בכפוף להצטרפות הורה אחד ושני ילדים מאותה משפחה לביטוח בריאות קבוצתי זה אשר הצטרפו ומשלמים עבור אותו מסלול.

ילד הינו עד גיל 25 ובכפוף לכך שהינו רשום בתעודת זהות של לפחות אחד ההורים המבוטח בפוליסה.

הזכאות תיבחן לאורך כל תקופת הביטוח. במקרה בו אחד או יותר מהילדים הפך לבגיר (גיל 25 ומעלה), יגבו דמי ביטוח באופן אוטומטי וללא הודעה מראש עבור ילד אחד או יותר, בהתאמה, שעד למועד זה היו זכאים להטבה, כלומר בשביל לקבל את ההטבה תמיד יהיו שני ילדים (מתחת לגיל 25) עבורם משולמים דמי הביטוח במלואם.

אנא מלא פרטי קשר של כל מועמד בגיר (מעל גיל 18) וציין איך תרצה לקבל את מסמכי הדיווח (גילוי נאות/ דף פרטי ביטוח/ דו"ח שנתי)					
מועמדים לביטוח	טלפון נייד	דואר אלקטרוני (e-mail)	כתובת דואר ישראל חובה למלא		
			רחוב	מס' בית	יישוב
חברה					<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר ישראל
בן/בת זוג					<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר ישראל
ילד בגיר- שם:					<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר ישראל
ילד בגיר- שם:					<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר ישראל
ילד בגיר- שם:					<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר ישראל

****כל אחת מהאפשרויות יישלח גם SMS בנוסף, ככל שלא תבחר את האפשרות המועדפת לקבלת מסמכי הדיווח, ישלחו המסמכים בהתאם לפרטי הקשר הקיימים לפי הוראות חוזר מס' 1-1-2018 לעניין זה (בהתקיים דוא"ל – ישלחו מסמכי הדיווח לדוא"ל, בהיעדר דוא"ל – ישלחו מסמכי הדיווח לנייד המקבל SMS, בהיעדר נייד – ישלחו מסמכי הדיווח בדואר ישראל).**

מועמדים בגירים לביטוח שלא סומן עבורם פרטי קשר – תראה הפניקס את פרטי הקשר של המועמד הראשי/ בעל הפוליסה כפרטי הקשר של כל המועמדים לביטוח הבגירים בפוליסה. לתשומת לבך – ניתן בכל עת לשנות את אופן קבלת מסמכי הדיווח באמצעות הודעה בכתב לחברה (בדואר/ בדוא"ל/ במידע האישי אשר ניתן להיכנס אליו דרך אתר החברה) או באמצעות שיחה טלפונית למוקד שירות הלקוחות *3455.

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות						
<p>הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה ובמאגרי החברה וכל מידע נוסף שיימסר על ידי לחברה ו/או ייאסף אודותי במסגרת מתן השירותים בהתאם לכל דין (להלן: "המידע"), נמסר בהסכמתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע.</p> <p>ידוע לי שהמידע ישמר במאגרי המידע של החברה ובמאגרי חברות מהקבוצה (כהגדרתה להלן) ו/או אצל גורם אחר מטעמה ו/או ישותף בין חברות הקבוצה, והכל לצורך השימושים הבאים, של מי מחברות הקבוצה: צרכי ניהול, שירות וקשר עם הלקוח, תפעול וטיפול בכל ענייני הלקוח בקבוצה בתחום שירותי הביטוח, ניהול הון ושירותים פיננסיים לרבות עיבוד המידע, צרכים שיווקיים, סטטיסטיים, אקטואריים ועסקיים, דיור ישיר ושירותי דיור ישיר, ו/או שירותים נלווים אחרים בכפוף לכל דין. ידוע לי שאוכל לבקש, בכל עת, בפניה בכתב, שהמידע לא יועבר לחברות בקבוצה שאינן קשורות או רלוונטיות לשירותים שאקבל מהחברה.</p> <p>("הקבוצה" – הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס אחזקות בע"מ וחברות הבת שלה, לרבות: הפניקס חברה לביטוח בע"מ, הפניקס פנסיה וגמל בע"מ, הפניקס בית השקעות בע"מ, הפניקס גמא בע"מ, הפניקס אשראי צרכני בע"מ, וכן חברות בת נוספות כפי שתהינה מעת לעת, וכן כל החברות והגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס חברה לביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם בשיעור של 50% או יותר).</p>						
חתימות	חברה	X	בן/בת זוג	X	ילד בגיר	X
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	
	ילד בגיר	X	ילד בגיר	X	ילד בגיר	X
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	

הצהרות המועמד לביטוח	
<p>הצהרת המועמד לביטוח אשר מבקש להצטרף לתכנית ניתוחים בישראל</p> <p>ככל שהמועמד לביטוח רכש כיסוי ניתוחים בישראל "משלים שב"ן" הוא מצהיר כדלקמן:</p> <p>ידוע לי שחברותי במסגרת שב"ן של קופ"ח כפי שסימנתי, הינה תנאי הכרחי ומהותי לרכישת הכיסוי "משלים שב"ן". הצהרה זו חלה גם על ילדים הכלולים בפוליסה ואני חותם על ההצהרה בשמם כאפוסטרופוס טבעי.</p> <p>גילוי נאות-למועמד לביטוח ניתוחים בישראל משלים שב"ן</p> <p>1. הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.</p> <p>2. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי הראשון (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).</p> <p>3. ברות ביטוח – בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי הראשון 'תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן (כולל במצב בו המבוטח עזב את חברותו בשב"ן) או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.</p> <p>ככל שהמועמד לביטוח מבקש להצטרף לכיסוי ניתוחים בישראל "שקל ראשון" הוא מצהיר כדלקמן:</p> <p>1. הוסבר לי כי הפוליסה הבסיסית אינה כוללת כיסוי ביטוחי בגין ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, בין היתר, מכיוון שכיסוי לניתוחים בישראל ניתן במסגרת הביטוח המשלים של קופות החולים. הוצע לי תחילה לרכוש כיסוי משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ש"ח ורק לאחר מכן הוצע לי לרכוש אפשרות של ביטול השתתפות עצמית או שקל ראשון.</p> <p>2. ידוע לי כי בהתאם להוראות הדין, במקרה בו אבחר לבצע ניתוח במסגרת תכנית השב"ן על ידי רופא שהינו בהסדר ניתוח עם הפניקס והנני זכאי לכיסוי הביטוחי בגין הניתוח בהתאם להוראות הפוליסה, הפניקס תשלם לקופת החולים את עלות הניתוח, למעט ההשתתפות העצמית. ידוע לי כי לצורך יישום הוראות אלו, רשות שוק ההון תפעיל ממשק מקוון ומאובטח בו קופות החולים והפניקס יעבירו ביניהם את המידע הנדרש ובכלל זה: פרטים מזהים אודותי, את מועד תחילת הביטוח בתכנית זו וכי ייתכן ותידרש למסור מידע נוסף במסגרת השגה והכל בכפוף וכפי שקבעו הוראות הדין.</p>	

הצהרות נוספות

אני המועמד לביטוח, מבקש בזה מהפניקס חברה לביטוח בע"מ להלן: ("החברה") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

1. כל התשובות כמפורט בהצעה ניתנו ביחס לשאלות בעניינים מהותיים, הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. ידוע לי שככל שלא נעשה כך, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי ביטוח.
2. התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ו/או נמצא בהפניקס וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
3. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.
4. הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/לנו שחזרה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהפניקס תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שניתנו אמצעי תשלום שניתן לגבות ממנו דמי ביטוח.
5. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני חותם גם בשמם כאפטרופוס טבעי. **ידוע לי כי כל האפטרופוסים החוקיים של הילדים (הקטינים) יהיו רשאים לקבל מידע מכוח הפוליסה אודותיהם.**
6. **ויתור על סודיות רפואית:** אני הח"מ המבוטח,נותן/ת בזה רשות לקופ"ח ולא לעובדיה הרפואיים האחרים ולא למוסדותיה הרפואיים ולא לסניפיה ולא לשלטונות צה"ל ולא למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ולא לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמול בע"מ, את כל הפרטים הנדרשים לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד ובצורה שתדרש ע"י הפניקס, " על מצב בריאותי ולא על כל מחלה שחלתי בה בעבר ולא שהנני חולה בה כעת ולא שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ולא כל עובד רפואי אחר ולא מוסד ממוסדותיכם ולא כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחליתי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי" הפניקס "ולא תהינה לי אליכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי את עצמוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.
7. **העברת נתונים אודות מוצרי הביטוח שלי לאתר האוצר:** ברשות שוק ההון ביטוח וחיסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך, הן הקיימים והן שתרכוש בעתיד, בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שהחברות מעבירות אל הרשות. ככל והנך מעוניין לבטל את הופעת פרטי הפוליסות כאמור, עליך לפנות לחברה בהמשך ושלא במעמד הצירוף, באמצעות אזור המידע האישי, תחת "הסכמות לקבלת דוורים ופניות" ולסמן את אי הסכמתך ל "הר הביטוח". לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
8. **עדכון בגיר לצורך זיהוי בממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח של קטין:** רשות שוק ההון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטינים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרוכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שהגורם המשלם יוגדר כבגיר לצורך זיהוי או אם ברצונך להוסיף בגיר נוסף לצורך זיהוי, עליך למלא את פרטיו בטופס "עדכון בגיר" דיגיטלי המופיע באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.fnx.co.il ובמידע אישי. **לידיעתך, רק בגיר שיוגדר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרוכז באתר האינטרנט "הר הביטוח" במוצרי הביטוח של קטין, בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי, בכל חברות הביטוח בישראל.**
9. **פרטי מוטבים –** ניתן למנות מוטבים באמצעות טופס עדכון מוטבים, בהעדר מינוי, יעודכנו מוטבים על פי דין.
10. **הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים -** הנני מסכים כי המידע אודותיי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת לצורך פרסום ודיוור שיווקי מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות של הצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסיים ואחרים. וזאת בין היתר גם באמצעות מערכת חיוג אוטומטי, פקסימיליה, דואר אלקטרוני והודעת מסר קצר וכל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שהסכמה זו ניתנת מרצוני ושכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה בכתב או בדרך שבה שוגר אליי דבר הפרסומת. ("הקבוצה"- הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס אחזקות בע"מ וחברות הבת שלה, לרבות: הפניקס חברה לביטוח בע"מ, הפניקס פנסיה וגמול בע"מ, הפניקס בית השקעות בע"מ, הפניקס גמא בע"מ, הפניקס אשראי צרכני בע"מ, וכן חברות בת נוספות כפי שתהיינה מעת לעת, וכן כל החברות והגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס חברה לביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם בשיעור של 50% או יותר). **לא מסכים**

אני החתום/ה מטה מבקש/ת להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי של המעסיק. ידוע לי כי תשלום דמי הביטוח עבורי ו/או הפרמיה עבור בני משפחתי יהיה על חשבוני בגבייה אישית.

חתימות	חברה/ה	X	בן/בת זוג	X	ילד בגיר	X
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	
	ילד בגיר	X	ילד בגיר	X	ילד בגיר	X
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	

הצהרת בריאות מלאה (מועמד מעל גיל 18 ימלא באופן עצמאי אודותיו את הצהרת הבריאות)

- מועמד לביטוח בגיל 65 ומעלה יש להמציא בנוסף להצהרת הבריאות גם תמצית תיק רפואי מקופ"ח המתייחס למצבו הרפואי, לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב- 5 השנים האחרונות.
 - במקרים בהם קיים מידע רפואי (או אחר) בחברה ייתכן ויעשה בו שימוש לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח.
 - תוקף הצהרת הבריאות הינו 60 יום ממועד החתימה- מעבר ל 60 יום נדרשת הצהרת בריאות מלאה חדשה.
 - אם התשובה היא "כן" יש למלא בטבלה מטה – "פירוט ממצאים חיוביים"

1. פרטים כלליים		מועמד ראשון	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
שם המועמד לביטוח							
למילוי מגיל 16		גובה (בס"מ)					
		משקל (בק"ג)					
2. שאלון מבוא כללי							
2.1		האם הנך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות לרבות סיגריה אלקטרונית ו/או נרגילה? למילוי מגיל 16	כן	לא	כן	לא	כן
		נא ציין כמות סיגריות ליום	-----	-----	-----	-----	-----
2.2		האם הנך צורך באופן קבוע משקאות אלכוהוליים בכמות של יותר מ- 2 כוסות משקה ליום לרבות יין בירה או כל משקה אלכוהולי אחר?	כן	לא	כן	לא	כן
2.3		האם למיטב ידיעתך התגלו בקרב אחד מקרובי משפחתך מדרגה ראשונה בלבד (אב/אם/אח/אחות), אחת או יותר מהמחלות הבאות לפני גיל 60 (כולל): מחלות לב, מחלות דם, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות, סרטן השד, סרטן הערמונית, סרטן אחר, סוכרת, כליות פוליציסטיית, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, פרקינסון, אלצהיימר, אירוע מוחי.	כן	לא	כן	לא	כן
3. האם חלית ו/או אבחנת או סבלת מאחת מהמחלות ו/או התופעות ו/או המומים ו/או הפרעות ו/או בוצע הליך רפואי?							
3.1		מחלות לב, כלי דם , לרבות יתר לחץ דם ב- 10 השנים האחרונות, כאבים בחזה, התקף לב, אי ספיקת לב, מום מולד בלב, הפרעות קצב לב, הפרעות במסתמים, קריש דם, תסחיף ריאתי, מפרצת אאורטה, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים, דליות ברגליים?	כן	לא	כן	לא	כן
3.2		מערכת העצבים והמוח , לרבות אירוע מוחי כגון CVA, TIA, שבץ מוחי, הפרעות קשב וריכוז, אוטיזם, תסמונת דאון, פיגור שכלי, שיתוק מוחין, פוליו, אפילפסיה, רעד, ירידה בזיכרון, כאבי ראש כרוניים, מיגרנות, התעלפויות חוזרות, הפרעה בשיווי משקל, סחרחורת, פרקינסון, ניוון שרירים, ניוון במערכת העצבים, טרשת נפוצה, שיתוק או חולשה בגפיים, ליקויי קואורדינציה, הפרעות התפתחות וגדילה?	כן	לא	כן	לא	כן
3.3		מחלות מערכת העיכול , לרבות ושט, תריסריון, קיבה מעיים, כבד, גושה, כיס המרה, ניתוח בריאטרי- קיצור קיבה, דם סמוי, פוליפים במעי, טחורים, פיסורה?	כן	לא	כן	לא	כן
3.4		מחלות והפרעות במערכת ההפרשה הפנימית , לרבות בלבלב, בבולטת התריס (תירואיד), בחילוף חומרים, סוכרת, יתר שומנים בדם, הזעת יתר, הפרעות הורמונליות, הפרעות התפתחות וגדילה?	כן	לא	כן	לא	כן
3.5		מחלות עיניים והפרעות בראייה , לרבות משקפיים (מספר דיופטיות 8 ומעלה)?	כן	לא	כן	לא	כן
3.6		מחלות והפרעות במערכת אף אוזן גרון , לרבות פגיעה בשמיעה, דלקות אוזניים חוזרות, טינטון, סינוסיטיס חוזרת, סטית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, אדנואידיים, פגיעה במיתרי הקול, דום הנשימה?	כן	לא	כן	לא	כן
3.7		מחלות/כאבים במערכת השלד , לרבות פיברומיאליגיה, עמוד השדרה והמפרקים/ראומטולוגיה, כאבי גב, דלקות פרקים, ארטריטיס, בריחת סידן, אוסטאופורוזיס, הלוקס וולגוס, תסמונת תעלה קרפלית, האם היו שברים ב- 3 השנים האחרונות?	כן	לא	כן	לא	כן
3.8		מחלות והפרעות במערכת הנשימה והריאות , לרבות אסטמה, COPD/אמפיזמה, שיעול ממושך מעל 3 שבועות, שיעול דמי?	כן	לא	כן	לא	כן
3.9		מחלות והפרעות במערכת הכליות , לרבות דרכי השתן, אבנים בכליות ו/או בדרכי השתן, אי ספיקת כליות, דם או חלבון בשתן, צניחת שלפוחית השתן?	כן	לא	כן	לא	כן

המשך הצהרת הבריאות													
ילד 4		ילד 3		ילד 2		ילד 1		מועמד שני		מועמד ראשון			
ק	לא	ק	לא	ק	לא	ק	לא	ק	לא	ק	לא		
												3.10	גידול שפיר או ממאיר (סרטן), לרבות גידול טרום סרטני, SCC, BCC, CIN, לוקמיה, לימפומה, מיאלומה?
												3.11	מחלות מערכת הדם, לרבות הפרעות בקרישת הדם, כגון קרישיות יתר, תת קרישיות, APLA, טחול מוגדל, אנמיה?
												3.12	מחלות ותופעות בעור, לרבות כתמי לידה, שומות במעקב?
												3.13	מחלות במערכת החיסון (אוטואימוניות), לרבות פגיעה במערכת החיסונית, FMF, לופוס-זאבת, איידס לרבות נשאות נגיף האיידס HIV?
												3.14	בקע/ הרניה, לרבות מפשעת, בטני, טבורי וסרעפתי?
												3.15	מחלות נפש שאובחנו ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר או רופא משפחה ו/או הפרעות אכילה?
												3.16	מחלות והפרעות במערכת המין הזכרית, לרבות הגדלה של ערמונית, עלייה בערכי PSA, בעיית פריון?
													מחלות והפרעות במערכת המין הנשית, לרבות אנדומטריוזיס, ממצאים בצוואר הרחם, CIN, רחם שרירני, הפלות חוזרות, הגדלה/הקטנה של השדיים, ציסטות בשד, ציסטות בשחלות, קונדילומה, פפילומה, ניתוחים קיסריים בעבר, בעיית פריון, האם הנך בהריון?
												3.17	ילדים עד גיל שנה אם נולד פג? במקרה וכן יש לצרף דו"ח אבחנות וטיפולים עדכני מהרופא המטפל. ילדים עד גיל 18 הפרעות התפתחות וגדילה, האם הומלץ או הינך במעקב גובה/ קומה נמוכה? בנים - אם קיימת אבחנה לאשך טמיר?
4. שאלות נוספות													
												4.1	האם עברת או הומלץ לך לעבור בדיקות פולשניות ו/או בדיקות הדמיה ב- 5 השנים האחרונות?
												4.2	האם ב- 5 השנים האחרונות אושפזת ו/או עברת ניתוח ו/או הומלץ לך לעבור ניתוח עתידי, לרבות ניתוח קוסמטי ו/או עברת השתלת איבר ב- 10 השנים האחרונות?
												4.3	האם הינך נוטל ו/או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע ב- 3 שנים האחרונות?
												4.4	האם נקבעה לך נכות זמנית או צמיתה ו/או בתהליך קביעת נכות, לרבות נכות ממחלה או תאונה?

פירוט ממצאים חיוביים - בעת מתן מענה חיובי לאחת מהשאלות, אנא פרט מטה את פירוט הממצאים.

שם המועמד/ת	מספר שאלה	אבחנה/ מחלה/ בדיקה מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא, אירועים חוזרים כן/לא, הבראה מלאה כן/לא, סוג טיפול (תרופה ניתוח וכו')

חתימות	עובד/ת	X	בן/בת זוג	X	ילד בגיר	X
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	
	ילד בגיר	X	ילד בגיר	X	ילד בגיר	X
	תאריך:		תאריך:		תאריך:	

