

הצהרת בריאות לפוליסת CARE 4 U / מדיקל אינשורנס

פרטי המועמד/ת לביטוח						
שם משפחה	שם פרטי	מס דרכון	מין	תאריך לידה	גובה	משקל
			ז/נ	/ /		

מטעמי ונחות נוסחו השאלות הבאות כלשון זכר והן מתייחסות לשני המינים. יש לסמן X בעמודה המתאימה. נכל מקרה של חשבה יכן נא לפרט במקום המיועד לכן

שאלות כלליות	כן	לא
1 האם אתה חולה כעת או היית חולה במחלה כלשהי בחמש השנים האחרונות או ידוע לך על הרעה בריאותית או על צורך בניתוח? פרטי/ אילו מחלות ומתי?		
2 האם אתה מקבל כעת או קבלת בעבר טיפול תרופתי? פרטי/ אילו תרופות?		
3 האם אושפזת אי פעם בבית חולים או מוסד? פרטי/ מתי ומה היתה סיבת האשפוז? ומה היה הטיפול שקבלת?		
4 האם אתה שוחה משקאות חריפים? ציין מהו המשקה והיקף הצריכה?		
5 האם אתה משתין? ציין מספר סגירות ליום. האם אתה משתמש או השתמשת בסמים? והאם נכרתת נזקיקות מטבוליות לרבות דם שנתן/או נדיקות רפואיות כלשהן לרבות אקו צילומי רנטגן שונים נחזה. דרכי עיכול כלליות עצמות, עמוד שדרה ועוד... מיניו טומוגרפיה ממוחשבת (סי.טי) MRI פרט סיבה מועד ותוצאות.		
6 האם עברת תאונה או ניתוח? פרט מתי ומדוע הניתוח או התאונה?		
7 האם סבלת או אתה סובלת מאובן היכול לעבוד באופן חלקי או מלא? פרטי/		
8 האם נקבעו לך אחוזי נכות?		
9 האם אתה נעזר במכשור רפואי כלשהו?		
10 האם נשישה חודשים האחרונים חלה ירידה כלשהי במשקלך? פרטי/		
11 האם אתה סובלת או סבלת ממחלה ויראלית כלשהי?		
12 האם ידוע לך על הפרעה בריאותית כלשהי (לרבות מום מולד) שאינה נזכרת בהצהרה זו פרטי/		
13 האם אובחנת כסובלת ממחלה אוטואימונית כלשהי (לרבות זאבת)? פרטי/		
14 האם אתה סובלת ממחלה/ות כרונית כלשהי, פעילה או רדומה? פרטי/		
15 האם אתה מועמד/ת לטיפול רפואי כלשהו, בין היתר ניתוח או אשפוז? פרטי/		
16 האם נמצאת נושא של נגיפים ו/או חולה בווירוס HIV או צהבת? פרטי/		
17 מחלות נשים, לנשים בלבד:		
א. האם את בהריון? (אם כן, פרטי) מה מס' הטורכים?		
ב. האם את סובלת או סבלת ממחלות נשיות לרבות אי סדרות בהסתת בעיות פוריות דימומים, חשש גשויים וחס. מחלות, ממצאים לא תקינים בנדיקה גינקולוגית (נגון) PAP או הפרעות גינקולוגיות אחרות? אם כן פרטי		
ג. האם ידוע לך על מחלות שדיים כולל גושים בשדיים?		
ד. מס' הריונות קודמים?		
ה. האם סבלת מבעיות בהריונות קודמים או בהריון הנוכחי? אם כן פרטי		
ו. האם ילדת בניתוח קיסרי?		
ז. מספר ילדים (כולל מנשאים קודמים)?		
ח. מתי בוצעה נדיקה גינקולוגית אחרונה?		

פרט ממצאים חיוניים נשאלות הרריאות:

נר"ב טופס בקשה האונה ל דינאל האקוט אורי
(גם קבוצת האנברסו סאי)

הנני מצהיר בזאת שכל הפרטים ושם פרטי והצהרת הבריאות נכונים ושלמים. אימצא, שהפרטים שמסרתי אינם נכונים או שלמים. איילון תהא פטורה מחיובות ואחריות טפי חוק חוזה ביטוח.

יתור על סודיות רפואית
אני החתום מסה, נותן כזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדות הרפואיים וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים אחרים ו/או לכל חברות הביטוח ו/או לכל מוסד ו/או לכל גורם אחר למסור לי/אייילון חברה לביטוח בע"מ להלן "המוקדש" את כל הפרטים, ללא ימצא מ הכלל וצורה שתחירש על ידי המבקש על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, כתב יתור זה מחייב אותי את עיבודי ונאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

הצהרת המועמד/ת לביטוח
1. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי: (1) כל התשובות נכונות, מלאות ויחידו מרצוני התופשי. (2) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר למבטח וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה, ישמשו תנאי מחתי לחוזה הביטוח כיון לבין המבטח ויבין חלק רלתי ופרט מחוזה הביטוח. (3) הרשות יודי המבטח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מרלי שתהיה חייבת להצדיק את החלטה. ידוע לי שחובה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהמבטח תוציא אישור בכתב לקבלתו לביטוח ולאחר שדמי הביטוח הראשונים שולמו במלואם.
2. ידוע לי כי על פי פוליסה זו תהא החברה פטורה ממתן שירות בקשר למום, מחלה מלידה, לרבות מצב בריאותי ו/או תופעה רפואית ו/או מחלה, בין אם מטופלת ובין אם לא, ו/או תוצאותיהם, בין במישור ובין בעקיפין, שונות ו/או תוצאות עקב מצב בריאותי, שהיה קיים לפני מועד חתימת הביטוח והנולד נרפוי, לאמור כצו עורכים זרים לרטרין יסיי במסגרת פוליסת CARE 4U.
3. חנני מצהיר בזאת כי לפי חברה לביטוח זו דחתה את הצעה לביטוח בריאות.

הסכמה לתנאי קבלה חריגים
אני מסכים להצאת הביטוח המבוקש
עם תוספת רפואית, בתנאי שלא תעלה על 75% עם החרגה לתכנת החברה, לפיו לא תהא אחריות לכנות הקיימת ו/או למכילות הבריאות של המועמד לביטוח, תוצאותיהן והשלכותיהן.

הצהרת בעל הפוליסה
נכל הידוע לי המוצר, על ידי המוסדות וכן, ולא ידוע לי על כל מות מחלה מלידה לרבות מחלות חו שחיות ו/או מצב בריאותי ו/או תופעה רפואית ו/או מחלה, בין אם מטופלת ובין אם לא, ו/או תוצאותיהם, בין במישור ובין בעקיפין שונות ו/או תוצאות עקב מצב בריאותי, שהיה קיים לפני מועד חתימת הביטוח ו/או כל מיני ע. אחר, אשר אילו הובא לידיעת המבטח, לא היה המבטח מתקשרת על פי פוליסה זו ומבטחת את המבטח/ת.

הצהרה זו נחתמה על ידי המבטח/ת לאחר, שהוסבר לו תוכנה בשפה המובנת לו

חתימת המעסיק/בעל הפוליסה	שם המעסיק/בעל הפוליסה	תאריך החתימה	חתימת המעסיק/בעל הפוליסה
חתימת המבטח/ת	שם המועמד/ת לביטוח	תאריך החתימה	חתימת המועמד/ת לביטוח