

הצהרת בריאות לפוליסת עובד זר/תייר

פרטי המועמד/ת לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מס' דרכון	מין נ / ז	תאריך לידה	משקל (ק"ג)	גובה (ס"מ)
----------	---------	-----------	--------------	------------	------------	------------

מטעמי נוחות נוסחו השאלות הבאות בלשון זכר והן מתייחסות לשני המינים. יש לסמן X בעמודה המתאימה. בכל מקרה של תשובה "כן" נא לפרט במקום המיועד לכך

מבטוח		שאלות כלליות
כן	לא	
האם הינך סובלת/ת או סבלת/ת ממצלות או תופעות כלשהן:		
		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 שותה משקאות חריפים? ציין מהו המשקה והיקף הצריכה?
		5. האת את/ה מעשן? ציין מספר סיגריות ליום. האם את/ה משתמש או השתמשת בסמים?
		6. האם עברת בדיקות מעבדה לרבות דם, שתן ו/או בדיקות רפואיות כלשהן לרבות א.ק.ג צילומי רנטגן שונים (חזה, דרכי עיכול, כליות, עצמות, עמוד שדרה ועוד...), מיפוי, טומוגרפיה ממוחשבת (סי.טי), MRI, פרט סיבה מועד ותוצאות.
		7. האם עברת תאונה או ניתוח? פרט מתי ומהות הניתוח או התאונה.
		8. האם סבלת או את/ה סובלת/ת מאובדן היכולת לעבוד באופן חלקי או מלא? פרטי/
		9. האם נקבעו לך אחוזי נכות?
		10. האם את/ה נעזר במכשור רפואי כלשהו?
		11. האם בשישה חודשים האחרונים חלה ירידה כלשהי במשקלך? פרטי/
		12. האם את/ה סובל או סבלת ממצלה זיהומית כלשהי?
		13. האם ידוע לך על הפרעה בריאותית כלשהי (לרבות מום מולד) שאינה נזכרת בהצהרה זו פרטי/
		14. האם אובחנת כסובלת/ת ממצלה אוטואימונית כלשהי (לרבות זאבת)? פרטי/
		15. האם את/ה סובלת/ת ממצלה/ת כרונית כלשהי, פעילה או רדומה? פרטי/
		16. האם את/ה מועמדת/ת לטיפול רפואי כלשהו, בין היתר ניתוח או אשפוז? פרטי/
		17. האם נמצאת נשא של נוגדים ו/או חולה בירוס HIV או צהבת? פרטי/
		18. מחלות נשים, לנשים בלבד:
		א. האם את בהריון? (אם כן, פרטי) מה מס' העוברים?
		ב. האם את סובלת או סבלת ממצלות נשים לרבות: אי סדרות בווסת, בעיות פוריות, דימומים, גושים בשידים, רחם, שחלות, ממצאים לא תקינים בבדיקה גינקולוגית (כגון PAP) או הפרעות גינקולוגיות אחרות? אם כן פרטי,
		ג. האם ידוע לך על מחלות שדיים כולל גושים בשידים?
		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 מנשואים קודמים)?
		ח. מתי בוצעה בדיקה גינקולוגית אחרונה?
		פרט ממצאים חיוביים בשאלות הבריאות:

הנני מצהיר/ת באת שכל הפרטים, שמסרתי בהצהרת הבריאות, נכונים ושלמים. אם ימצא, שהפרטים שמסרתי אינם נכונים או שלמים, איילון תהא פטורה ממחויבות ואחריות עפ"י חוק חוזה ביטוח.

ויתור על סודיות רפואית

אני החתום/ת, נותן/ת רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים אחרים ו/או לכל חברות הביטוח ו/או לכל מוסד ו/או לכל גורם אחר למסור ל"איילון חברה לביטוח בע"מ" להלן: "המבקש" את כל הפרטים, ללא יוצא מ הכלל ו/או בצורה שתידרש על ידי המבקש על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שתליתי 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 ויתור זה מחייב אותי, את עיבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

הצהרת המועמד/ת לביטוח

1. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כ"י: (1) כל התשובות נכונות, מלאות וניתנו מרצוני החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר למבטחת וכן התנאים המקובלים אצל המבטחת לענין זה, ישמשו נתני מהותי לחה הביטוח בני לבין המבטחת ויהיו חלק בלתי נפרד מחוזה הביטוח. (3) הרשות בידי המבטחת להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק את החלטת. ידוע לי, שחחה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהמבטחת 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 במישרין ובין בעקיפין, שנגרמו ו/או הוחמרו עקב מצב בריאות, שהיה קיים לפני מועד תחילת הביטוח והכול בכפוף לאמור בצו עובדים זרים לענין כיסוי במסגרת פוליסת Care 4U.
3. הנני מצהיר בזאת כי איף חברה לביטוח לאל דחתה את הצעת הביטוח.

הסכמה לתנאי קבלה חריגים

אני מסכים להוצאת הביטוח המבוקש:
○ עם תוספת רפואית, בתנאי שלא תעלה על 75% ○ עם החרגה לחבות החברה, לפיו לא תהא אחראית לנכות הקיימת ו/או למגבלות הבריאות של המועמד לביטוח, תוצאותיהן והשלכותיהן.

הצהרת בעל הפוליסה

ככל הידוע לי המוצהר על ידי המבטוח/ת נכון, ולא ידוע לי על כל מום, מחלה מלידה לרבות מחלות תורשתיות ו/או מצב בריאותי ו/או תופעה רפואית ו/או מחלה, בין אם מטופלת ובין אם לא, ו/או תוצאותיהם, בין במישרין ובין בעקיפין שנגרמו ו/או הוחמרו עקב מצב בריאות, שהיה קיים לפני מועד תחילת הביטוח ו/או כל מידע אחר. אשר אילו הובא לידיעת המבטחת, לא היתה המבטחת מתקשרת על פי פוליסה זו ומבטחת את המבטוח/ת. **הצהרה זו נחתמה על ידי המבטוח/ת לאחר, שהוסבר לו תוכנה בשפה המובנת לו.**

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