

הצהרת בריאות לפוליסת עובד זר/טייר

| פרטי המועמד/ת לביטוח | | | | | |
|----------------------|---------|------------|------------|------------|------------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר דרכון | תאריך לידה | משקל (ק"ג) | גובה (ס"מ) |
| | | | | | |

מטען נוחות גסחו השאלה הבאות בלשון צר ומן מתייחסות לשני המינים. יש לסקון א' בעמודה המתואמת. בכל מקרה של תשובה "כן" נא לפרט במקום המועד לבר

| האם הין סובל/ת או סבל/ת ממחלוות או תופעות כלשהן: | |
|--|---|
| מבחן | כן לא |
| | 1. מערכת עצביים-סחרורית, כאבי ראש, התעלפויות, שיתוקים, התכווציות (אפילפסיה). התופעות בiziורו, אובדן תחושה, מהלה ניוונית, שטףدم במוח, C.V.A, התופעות בשיווי משקל, אלצאיימר פרקינסון, תישיות נפש, דמנציה, טרשת נפוצה, מחולות נפש. |
| | 2. דרכי הנשימה-אסטמה, שחפת, דלקת ריאות, ברונכיטיס, אמפאזמה, גניתת דם, צהום חזה ברוחם והשינה, חזה אוורו. פרט/: |
| | 3. מחלות לב ולב דם מוגן כלשהן לרבות: הפרעות בקצב הלב, בעיה בשסתמי הלב, מחלת לב. |
| | 4. יתר לחץ דם: לרבות כאבים ברגלים בזמן הליכה, פקחת ורידים, דילות ורידים, הופעות בכתחוור הדם, היצרות עורקים. פרט/: |
| | 5. מערכת העיכול - מחלת פפטית (כיב קיבה או תריסירוז), צרבות, מחלת דלקתית של המעיים, דימומים מעורמת העיכול, טחורות, בעיות בפי התבעת, בעיות בכבד או מחולות כבד, צחבות, אבוי מורה, דלקת בלבלב. פרט/: |
| | 6. בעקבים, לרבות בעקב פשעתני, רקע בדופן הבטן, בטובי, צלקת נתוחית, בעקב פמורול, וירוקצלה. פרט/: |
| | 7. מחלות כליה ודרכי השתן-דיזוציאים או דלקות בדרכי השתן לרבות: אבונים בכליות או בדרכי השתן, דם/חלבן/סוכר בשתן, יצסטות בכליות, בעיות בערמוניות. פרט/: |
| | 8. מפרקים ועצמות לרבות דלקת מפרקים (ארטיריטיס), גאות, כאבי גב או צואר או עמוד שדרה. פריצת דיסק, כתף, ברכ, קרטול, מפרקים אחרים, מחלות עצם, פרט/: |
| | 9. מחלות חילוף חומרים ומערכות חיסוניים לרבות סכרת, הפרעה בבלוטת המgan, הפרעה ביתרת הכליה, הפרעה ביתרת המוח או בבלוטות אחרות, שומונים בגוזם בעד, מחלת דם וקרישה, אינזיה, פרט/: |
| | 10. מחלת ממאורת (סרטון), לרבות גידולים ממאורים או טרומ ממאירים, או מחלת טרום ממאורת, אידים, כולל נשות (פרט/ סוג, מועד ואופן טיפול). |
| | 11. מחלות עור ומין: הרפס, עגבתי, גידולי עור, בילות, אידים, בעיות באברי מין, פרט/: |
| | 12. מחלות עיניים לרבות ירוד (קטראקט), פיזלה, עיוורון, בעיות קרניות, בעיות שתונות התופעות בראיו, האם אותה מרכיב משקפיים, אסתיגמזה, גלאוקומה, פרט/: |
| | 13. מחלות גרון לרבות דלקות גרון או אוחניים חזות, דלקות בעמורות האף (סינוסיטיס), בעיות שמייה, תספונות דום נשימה בשינה, נחרות. פרט/: |

פרוט ממצאים חיוביים בשאלות הבריאות:

| שאלות כלוליות | | מבחן כן לא |
|---------------|--|------------------|
| מספר | 질문 | |
| 1. | האם אתה חוליה כתעת או היית חוליה במהלך השנה האחרונות, או ידוע לך על הרעה ביריאותית או על צורך בניתוחן? פרט/ אילו מחלות ומתי? | |
| 2. | האם אתה מקבל כתעת או קבלת עבר טיפול רפואי? פרט/ אילו טיפולות | |
| 3. | האם אושפצת או פעם בעבר חוליות או מוסדי? פרט/ מתי ומה הייתה סיבת האשפוץ ומה היה הטיפול שהתקבל? | |
| 4. | האם אתה שותה משקאות חריפים? צין מהו המשקה והיקף הצריכה? | |
| 5. | האם אתה מעשן? צין מספר סיגריות ליום. האם אתה משתמש בסמים? | |
| 6. | האם עברת בבדיקות מעבדה לרובוט דם, שתן/ או בדיקות רפואיות כלשון לרבות א.ק.ג, צילומי רנטגן שונים (חזה, דרכי עיכול, כליזות, עצמות, עמוד שדרה ועוד...), מיפוי, טומוגרפיה ממוחשבת (ס.ט.), MRI, פרט סיבת מועד ונסיבות. | |
| 7. | האם עברת תאונה או ניתוח? פרט מתי ומהות הנitionה או התאוננה. | |
| 8. | האם סבלת או אתה סובל/ת מאובדן יכולות לעבוד באופן חלקי או מלא? פרט/ | |
| 9. | האם נקבעו לך אחוזי נכות? | |
| 10. | האם אתה נער או במשורר רפואי כלשהו? | |
| 11. | האם בשישה חודשים האחרונים חלה ירידת כשליחי במשכקלך? פרט/. | |
| 12. | האם אתה סובל או סבלת ממחלה דיזומית כלשהי? | |
| 13. | האם יזוע לך על הפרעה ביריאותית כלשהי (לובות מום מול) שאינה נגררת בהצarra או פרט/ | |
| 14. | האם אובחנת כסוגיה/ת ממחלה אוטואמנונית כלשהי (לרובות אבת)? פרט/. | |
| 15. | האם אתה סובל/ת ממחלת/ות קרונית כלשהי, בגיןו או רודומו? פרט/. | |
| 16. | האם אתה מועמד/ת לטיפול רפואי כלשהו, בגיןו או רודומו או אשפוז? פרט/. | |
| 17. | האם נמצאת נשא של גונדרין/ או חוליה בווירוס HIV אז חבתת? פרט/. | |
| 18. | מחלות נשים, לנשימ בלביד: | |
| | א. האם את בהריון? (אם כן, פרט) מה מס' העוברים? | |
| | ב. האם אתה סובלת ממלחמות שם לבנות: اي סדרות בסות, בעיות פוורות, דימומים, וושם בשידים, רחרם, שלחות, ממצאים לא תקין בבדיקה גינקולוגית (כגון PAP) או הפרעות נינקולוגיות אחרות? אם כן פרט, | |
| | ג. האם ידוע לך על מחלות שדים כולל גושים בשדיים? | |
| | ד. מס' הרינוות קודמים? | |
| | ה. האם סבלת מבעיות בהריון קודמים או בהריון הנוכחי? אם כן פרט. | |
| | ו. האם ילדת בניתוח קיסרי? | |
| | ז. מספר ילידים (כולל מנשואים קודמים)? | |
| | ח. מתי בוצעה דיקפה גינקולוגית אחרונה? | |

מצביר בזאת שלל פרטיטים, שמסרתי בהארכת הביריות, בכונים ושלמים. אם ימצא, שהפרטיטים שמסרתי איהם נכויים או שלמים, אילו תחא פטרובה מחייבות ואחריות עפ"י חוק חזה ביתם.

אני החתום מטה, ונמצא בה רשות לקופת חולמים / או למוסדות הרפואיים וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים אחרים / או לכל חברות הביטוח / או לכל מוסד / או לכל גורם אחר למסור
לאילון כברה לבבוחו עם מ"מ להלן: "המקבש" את הפרסום, לא יציא מ הכלול ובצורה שיתידרש על ידי המבקש כתוב ויתור מהחייב / או כל מחלוקת שלחטיבתי בה בעבר / או שאני חולה בה כתעת / או שאחלה
בנה בעידן ואני משחרר אתכם מחייב שיראה על סודיות רפואיות ווותורה על סודיות רפואיות.

בازהם מושגין/ת ליריות

1. אנו מצהיר, מסכים ומתחייב בהזאת: (1) כל התשובות נכונות, מלואות ויתרונותיו החופשי. (2) התשובות המפורטות בהצהרת הביריות וכל מידע אחר שיופיע למבוטח והנתנים המקובלים אצל המבוקחת לענין זה, ישמשו תגויי המבוקחת והוא יחויל חלק בלתי נפרד מוחחה הביטוח. (3) הרשות בידי המבוקחת להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלתי שתהיה חייבות להצדיק את החלטתה. דיוון, שוחרת הביטוח ונכנס לתקופו רק לאחר שהמבוקחת תוציא אישור בכתב לקבלתו לביטוח ולאחר שדמי הביטוח הראשוני שלולו במלאם.
2. דענו לך, כי על פוליסת זו תהא הברורה פורצת בקשר למוט, מחלת מלאה, לבבות מובן בריאותי, או תופעה רופואית ו/או מחלת, בין אם טומטולת ובין אם לא, ואו תוצאותיהם, בין במשרין ובון בקיצין, שנורמו על כוונת בריאות, שרהקיים לפון מועד חחילת הביטוח והכול בכפוף לאמור בצו העובדים ודימ לוניני יכולו בסוגרת פוליסטה Care 4U.
3. הנה מצהיר בהזאת כי אף חברה לביטוח לא דחתה את הצעתי לביטוח בריאות.

פרק מה למן קבלה חריגות

או מרכיבים לבואצתם ברכישות המורכבש:

○ עם חוספת פרוות, בגין לאל עולה על 75% ○ עם חזרה לחבות החברה, לפיו לא תהא אחראית לנכונות הקיימות / או למגבלות הביריאות של המועד לביטוח, תוכנותיהם והשלכותיהם.

המשך בצל הפליטים

כל הדעת ליה מוצח על ידי הכתבות/ת, וכן על כל מומ, מחלת מלידה לרבות מחלות תורשתיות ו/או מצב בריאותי ו/או תופעה רפואיית ו/או מחלת, בין אם מטופלת ובין לא, ואו תשואותיהם, בין במשרדיות ובין בעקבות שגרמו ו/או הוחממו עקב מצב בריאותי, שהיא קיימת לפחות מעת חילתה הביטוי/ת או כל מידע אחר. אושן אויל הובה לידעת המבוחנת, לא להיות המבוחנת מתקשחת על פי פוליסה זו ומובנת את המבוחנת/ת. הצהרה זו נחתמה על ידי המבוחנת/ת, לאחר שהסבור לו תוכנה בשפה המובנת לו.

| | | | |
|---|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> חתימת המUSIC/בעל הפוליסה | <input type="checkbox"/> תאריך החתימה | <input type="checkbox"/> שם המUSIC/בעל הפוליסה | <input type="checkbox"/> חתימת המUSIC/בעל הפוליסה |
| <input type="checkbox"/> חתימת המומעד/ת לביטוח | <input type="checkbox"/> תאריך החתימה | <input type="checkbox"/> שם המומעד/ת לביטוח | <input type="checkbox"/> חתימת המבוטחת/ת |