

← הצהרת בריאות (המשך)

י. מחלות מערכת הדם / החיסון: אנמיה, פוליציטמיה, קרישת דם, טחול, בעיות במערכת החיסון, זאבת (לופוס), אחר? (7,10)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
יא. מחלות מערכת השלד והתנועה: כאבי גב ועמוד שידרה, פריצת דיסק, (2) מחלות פרקים, ארטריטיס(3), בריחת סידן, פיברומיאליגיה, שרירים, גידים ועצמות, אחר? (10)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
יב. מחלות מערכת העצבים ובעיות נפשיות: אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, שיתוקים, שבץ מוחי, אפילפסיה, סחרחורת, התעלפויות, כאבי ראש כרוניים, דמנציה, אחר (10), הפרעות נפשיות, נסיון התאבדות? (8)	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
9. האם עברת בדיקות או היך ממתין לבדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה), לגילוי סרטן או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינטור, C.T., ביופסיה, M.R.I., אולטרא סאונד, אקו, או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
אם כן - ציין סוג הבדיקה	תאריך
האם הבדיקה היתה תקינה	אבחנה
10. האם יש או היו לך הפרעות רפואיות אחרות שלא פורטו לעיל?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
11. הנני חש בריא בהחלט והייתי בכושר עבודה מלא ב- 12 החודשים האחרונים	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
הצהרת בריאות - להצעה לביטוח סיעודי	
1. האם היך מסוגל לבצע את הפעולות היומיומיות הבאות, ללא עזרה מאדם אחר: קימה מהמיטה וכניסה אליה, לבישת בגדים והתפשטות, אכילה ושתייה, נידות, רחיצה, שימוש בתחבורה ציבורית, קניית מצרכים יומיומיים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
2. האם קיימת אצלך בעיה של שליטה על הסוגרים?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
3. האם היך נעדר במיכשור רפואי כלשהו (כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, קטטר, חגורות רפואיות, מיכשור נשימתי)?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
4. האם הוגשה בקשה לעזרת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי או מוסד אחר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
5. האם קבלת יעוץ לדאוג לסידור סיעודי, או אמר לך שהיך צפוי להיות מקק לסיעוד תוך 12 חודש?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

בכל מקרה בו התשובה היא "כן" באחת השאלות, אנא הקפד למלא שאלון מחלות מפורט, על פי מספר השאלון המצויין בסוגריים.

← רשימת שאלוני המשך

1. סוכרת	6. דרכי העיכול
2. גב ועמוד השדרה	7. גידולים
3. פרקים / ארטריטיס / ראומטיזם	8. בעיות נפשיות
4. דרכי הנשימה	9. שאלון יתר לחץ דם
5. נכויות/פציעות	10. שאלון מחלות כללי

← הצהרת המבוטח

הריני מצהיר/ה כי תשובותי על כל השאלות הכלולות בכל דפי ההצהרה, הן מלאות וכנות ולא החסרתי או העלמתי מאומה, הנני יודע/ת כי תשובות כוזבות או לא מלאות בידועין או בכוונה מקנות לפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ (להלן ביחד "המבטח") את הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את סכום הביטוח.

הריני מצהיר/ה בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת הידע הינה לצירופי וטיפול בכל העניינים אצל המבטח. הריני מסכים/ה כי המידע ימסר לצורך עיבודו ואחסונו לכל גוף ש"המבטח" ימצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א. 1981

← ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ המבוטח, מות/ת בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בכ"מ" ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים הנדרשים לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח ו/או ברור הזכויות והחובות המוקנות על פי פוליסה זו ובצורה שתדרש ע"י "המבקש", על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

החברה תהיה רשאית להעביר את המידע לגופים משפטיים הנכללים ב"הפניקס" ולסוכן הביטוח המטפל.

← חתימת המבוטח

<input checked="" type="checkbox"/>		שם המועמד לביטוח	תאריך
חתימת המועמד לביטוח	מספר ת.ז.		