



הצהרת בריאות

יש לענות על כל השאלות תשובות מלאות ונכונות, בעט ובכתב ברור. כל השאלות מהותיות לעריכת הפוליסה.
בכל השאלות הבאות **יש לסמן "כן" או "לא"**. אין להסתפק בקווים במקום תשובה.
אם התשובה "כן" – יש לציין במקום המיועד את מס' השאלה ולפרט את המתבקש.

כן	לא	האם הנך סובלת או סבלת ממחלות או מתופעות כלהלן:
		1. מחלות מערכת העצבים והמח או הפרעות נפשיות. שיתוקים, סחרחורות והתעלפויות, אפילפסיה, כאבי ראש כרוניים, הפרעות תנועה או תחושה, נסיונות התאבדות
		2. מחלות דרכי הנשימה ו/או הריאה, כמו: אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, גניחת דם, שיעול ממושך.
		3. מחלות לב וכלי דם מסוג כלשהו, התקף לב, אוטם, טרומבוזה, אנגינה פקטוריס, כאבים או לחץ בחזה, קוצר נשימה, אי ספיקת לב, מחנק, הפרעות קצב לב, דפיקות לב, לחץ דם גבוה, הפרעות במחזור הדם ברגלים עם כאבים או בצקות, ורידים מורחבים.
		4. מחלות דרכי העיכול, אולקוס (כיב קיבה או תרסריון), צרבת, הפרעות בליעה, מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כבד וכיס מרה, צהבת, הקאה חוזרת.
		5. מחלות כליה ודרכי השתן, דלקות ואבנים בדרכי השתן, מחלות הערמונית (פרוסטטה), דם או חלבון בשתן, בקע (הרניה).
		6. מחלות חילוף חומרים, סכרת, מחלת בלוטות, הגדלת בלוטות, מחלת בלוטת המגן, שומנים גבוהים בדם, מחלת השגרין (פודגורה), מחלות חום ממושכות, מחלת דם וקרישה, אנמיה, אלרגיות.
		7. מחלות מין ועור, עגבת, איידס, פצע שאינו מתרפא, שינויים בגודל וצורה של נקודת חן או יבלות, גידול שפיר או סרטני.
		8. מחלות פרקים ועצמות, דלקת פרקים, ראומטיזם, ארטריטיס, כאבי גב וצוואר, לומבגו, אישיאס.
		9. סרטן (מחלה ממארת), סיסטיק פיברוזיס, טרשת נפוצה ו/או מחלה ניוונית כלשהיא, מחלה כרונית.
		10. מחלות עיניים, אזניים וגרון, הפרעות ראייה, ליקויי שמיעה, סינוזיטיס.
		11. האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי או סובל מהפרעה בריאותית כלשהי, האם קיבלת בגינן טיפול או תרופות ?
		12. מחלות נשים: הפרעות במחזור הווסת, דימומים, מחלות שדיים כולל גושים בשדיים, רחם, שחלות, בדיקות לגילוי גידול סרטני (כגון: ממוגרפיה, גרידה אבחון וכד'), האם את לוקחת גלולות נגד הריון, האם את כעת בהריון? באיזה חודש ?

לגבי כל אחת מהמחלות/תופעות שציינת, יש לצרף מסמכים רפואיים עדכניים, על מנת לאפשר חיתום מהיר.

מס'	מהות התלונות	מתאריך	עד תאריך
מס'	מהות התלונות	מתאריך	עד תאריך
מס'	מהות התלונות	מתאריך	עד תאריך
מס'	מהות התלונות	מתאריך	עד תאריך

האם אתה נוטלת תרופות באופן קבוע? אם כן, איזה תרופות ומה הסיבה ?

האם קיבלת טיפול ב- 6 החודשים לפני הנסיעה לחו"ל או שאתה מקבלת טיפול רפואי כעת? אם כן מתי ואיזה ?

האם מתוכנן או נקבע, עבורך, מועד כלשהו לטיפול רפואי עתידי (לפני הנסיעה או לאחריה). אם כן איזה ומתי ?

האם אושפזת/ בשנה האחרונה, מתי ומדוע ?

כללי: תקופת הביטוח המבוקשת: מ- _____ עד _____

יעד הנסיעה: _____ מטרת הנסיעה: _____

פרטי המצהיר: שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.לידה _____

מס' ת. זהות _____ תאריך _____ חתימת המצהיר _____

**למען הסדר ספק!
טופס זה אינו מהווה אישור להסכמת המבטח לקבלת המבקש לביטוח**