

**טופס שאלון רפואי – ביטוח נסיעות**

היות וברצוני לבטח את עצמי במשך תקופת נסיעתי לחו"ל בפוליסה "סופר שיר" המורחבת לכלול החמרה למחלקה קיימת על פי תנאי סעיף 5 של פרק 2 ובכפוף לתנאי הפוליסה הירי מפרש להלן את מצבי תוך מתן תשובות לכל השאלות שנשאלתי.

**פרטים אישיים של המבוטח**

שם משפחה:  שם פרטי:  Surname:  Name:

כתובת:  טלפון:  נייד:

תאריך לידה:  ת.ז.  מס' דרכון:

מקום עבודה:  מקצוע:  טלפון בעבודה:

חבר בקופת חולים:  סניף:  מס' חבר:

**פרטים על הנסיעה**

נוסע באמצעות משרד-הנסיעות:  שם הסוכן/ת:  טלפון:

יעדים (שמות הארצות):

תאריך יציאה:  תאריך חזרה:

מטרת הנסיעה:  עסקים  טיול  ביקור קרובים  נופש  הבראה אחר-פרט:

נוסעים המתלווים אליך (פירוט – שמות ותאור קירבה):

שם קרבה אחר

קרבה

**היסטוריה רפואית**

מחלות עבר שאין פעילות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	בדי' רפואיות בשנתיים האחר' (+ שגרתיות) <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	מחלות בהווה מאוזנות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	טיפול תרופתי: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	מחלות בהווה פעילות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	רגישות למזון, חומרים או תרופות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	הריון: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	טופלת בעבר ע"י רופאים/מכונים אשפוזים: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	--	--	---	--

**האם את/ה סבלת מבעיות המפורטות מטה:**

לב- ו/או כלי דם: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	רעידות, שיתוקים, התכווצויות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כליות ו/או דרכי שתן: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סוכרת: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כבד: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	אולקוס (כיב בקיבה, או תריסריון): <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	מע' עצבים מרכזית: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	דימום במערכת עיקול: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
מחלה ממארת: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	דלקות כרוניות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	איבוד הכרה ו/או סחרחורת: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	פצעים שלא הגלדו מעל 3 חודשים: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	מחלת נפש: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	מחלות ראייה: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	ראיה (כפולה, אבוד רקאייה זמני): <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	מחלות עבר שאינן פעילות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
מחלות עפר שאינן פעילות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	מחלות או הפרעות שלא פורטו לעיל: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	פרט: <input type="text"/>					

**טופס שאלון רפואי – ביטוח נסיעות**

לא  כן

Hospitalizations, Operations, Injuries, פציעות וחבלות:

פרטים Details	בית חולים Hospital	משך האשפוז Duration of stay	תאריך Date	מס' no.

**בעיות רפואיות**

Active Medical Problems: בעיות רפואיות פעילות: לא  כן

פרטים Details	מועד התחלה Date Started	מס' בעיה Problem no.

**בדיקות רפואיות**

בדיקות רפואיות קודמות (א.ק.ג., צילום נטן, אולטרא סאונד, בדיקות דם או שתן מיוחדות, C.T, מבחן מאמץ, בדיקות חודרניות): לא  כן

במידה ואושפזת יש לצרף דוח אשפוז אחרון:  
פרט:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

נבדקתי ו/או טופלתי אצל רופא פרטי / מכון פרטי: לא  כן   
פרט:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**תרופות**

תרופות: Medications (פירוט ע"י רופא או המבוטח) לא  כן   
פרט:

\_\_\_\_\_

שם התרופה Name of Medication	מנה	תכיפות	שם התרופה Name of Medication	מנה	תכיפות

### רגישות לתרופות או לגורמים אחרים

רגישות לתרופות או לגורמים אחרים : Allergy to drugs or other causes (פירוט ע"י רופא המבוטח)  
פרט :  כן  לא

### במידה והמבוטח בהריון יש למלא חלק זה פרטים על ההריון

שבוע ההריון :  מס' הריונות עד כה :  מתוכם לידות :

מהלך ההריון עד כה :

הסטוריה גניקולוגית : (הריונות, הפלות, ניתוחים, דימומים, שמירת הריון, יתר לחץ דם, סוכרת וכו')

פרטי מעקב עתידי (אם יש) עפ"י הנחיית רופא נשים :

### חתימת המועד לביטוח

הצהרת המבוטח המהווה תנאי מוקדם לקיום הביטוח :

לא ידועה לי כל סיבה או צורך באשפוז, בדיקה רפואית או טיפול שלי ושל הנלווים אלי בעת שהותנו בחו"ל.

אין אני או אחד מהנלווים אלי נוסע בניגוד ליעוץ רפואי או לשם קבלת טיפול רפואי.

הפרטים שבהצהרתי זו הנם אמת וכן ידוע לי שהצעתי / הצהרתי מהווה בסיס להוצאת הפוליסה.

אני החתום מטה משחרר בזה כל רופא וכל מוסד רפואי ועובדיו מחובת הסודיות הרפואית, ומבקש בזה למסור ל"שירביט" חברה לביטוח בע"מ ולבא כוחה כל מסמך אשר ידרש על ידם אודות מחלתי, מצב הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר הנוגע למצבי הרפואי.

חתימת המועמד לביטוח :  תאריך :

### חובה למלא ע"י הרופא המטפל (קבוע)

שם משפחה :  שם פרטי :  Name:

מס' רישיון :  כתובת מקום עבודה :

התמחות :  טלפון :

הצהרה :

אני מאשר בזאת כי אני מכיר את המועמד/ת לביטוח מר/גב' ומטפל בו/ה

כרופא/ה הקובע ומאשר את אמיתות הפרטים שמולאו לעיל

פרטים רפואיים :

הנ"ל ידוע כסובל מ-

מטופל ב-

במהלך הנסיעה יהיה/תהיה זקוק/ה ל- (תרופות, טיפולים, בדיקות) :

חתימה  תאריך  חותמת

(אין חובה על הרופא למלא סעיף זה!)

הריני מאשר כי מצבו/ה יציב מבחינה רפואית ואין התנגדות לנסיעה המתוארת בסעיף ב'.

תאריך  חתימה  חותמת