

### טופס שאלון רפואי – ביטוח נסיעות

היות וברצוני לבטח את עצמי במשך תקופת נסיעתי לחו"ל בפוליסת ביטוח "שיר לנוסע מסוג S" המורחבת, על-פי תנאיה, לכלול כיסויי עבור מחלות כרוניות והחמרה למחלה קיימת. הריני מפרט להלן את מצבי הרפואי.

#### פרטים אישיים של המבוטח

שם משפחה:  Surname:  שם פרטי:  Name:   
 כתובת:  טלפון:  נייד:   
 תאריך לידה:  ת.ז.  מס' דרכון:   
 חבר בקופת חולים:  סניף:  מקצוע:

#### פרטים על הנסיעה

נוסע באמצעות משרד-הנסיעות:  שם הסוכנת:  טלפון:   
 יעדים (שמות הארצות):

תאריך יציאה:  תאריך חזרה:   
 מטרת הנסיעה:  עסקים  טיול  ביקור קרובים  נופש  הבראה אחר-פרט:   
 נוסעים המתלווים אלי (פירוט – שמות ותאור קירבה):

שם	קרבה	אחר

#### מצב רפואי: (ב- 10 שנים האחרונות ובהווה)

כן	לא	כן	לא	כן	לא

#### ניתוחים, אישפוזים, פציעות וחבלות: (ב- 10 שנים האחרונות ובהווה)

מחלות, ניתוחים, אישפוזים, פציעות וחבלות: Hospitalizations, Operations, Injuries,  כן  לא

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

#### תרופות

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

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

**האם הינך בהריון:**

	כן	לא
הריון:		
בעיות גנקולוגיות:		

שבוע ההריון: \_\_\_\_\_ (משבוע 26 עד שבוע 32)

**יש לצרף אישור רפואי על תקינות ההריון ואישור עלייה לטיסה מהרופא**
**חתימת המועמד לביטוח**
**חתימת המועמד לביטוח**

לא ידועה לי כל סיבה או צורך באשפוז, בדיקה רפואית או טיפול שלי או של ילדיי הקטינים הנלווים אלי בעת השהות בחו"ל. אין אני או אחד מהנלווים אלי נוסע בניגוד לייעוץ רפואי או לשם קבלת טיפול רפואי. הפרטים שבהצהרתי זו הינם 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"הראל" 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. ידוע לי כי השאלות בשאלון זה הן בעניינים מהותיים וכי עליי להשיב על כל השאלות תשובות כנות ומלאות.

חתימת המועמד לביטוח: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

**נא לצרף סיכום מידע רפואי מפורט ועדכני על מצבך הרפואי.**