

הצהרה רפואית*

א. פרטים אישיים

שם ומשפחה: יוסא נאלי מ.א. _____
 כתובת פרטית: עברות בן 39 ד'רג 44 י'ראלים
 תאריך לידה: 28/8/47 ת.ז. 329603674
 מקצוע: מקרקע מפעל: _____
 חבר בקופת חולים: כלל'ת סניף: _____

שם פרטי: יוסא טלפון: 054 436 7607
 מס' דרכון: 32655573 טלפון: _____
 מס' חברות: _____

ב. האם עברת טיפול רפואי בגין אחת מהתופעות דלהלן (בשנתיים האחרונות):

ב. האם עברת טיפול רפואי בגין אחת מהתופעות דלהלן? (בשנתיים האחרונות)					
	לא	כן		לא	כן
1.	<input checked="" type="checkbox"/>		מחלות לב	<input checked="" type="checkbox"/>	
2.	<input checked="" type="checkbox"/>		מחלות כלי-דם	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.	<input checked="" type="checkbox"/>		יתר לחץ-דם	<input checked="" type="checkbox"/>	
4.	<input checked="" type="checkbox"/>		כליות ו/או דרכי שתן	<input checked="" type="checkbox"/>	
5.	<input checked="" type="checkbox"/>		כבד	<input checked="" type="checkbox"/>	
6.	<input checked="" type="checkbox"/>		מערכת עצבים מרכזית (רעידות, שיתוקים, התכווצויות)	<input checked="" type="checkbox"/>	
7.	<input checked="" type="checkbox"/>		מחלה ממארת	<input checked="" type="checkbox"/>	
8.	<input checked="" type="checkbox"/>		איבודי הכרה/ סחרחורות/ התעלפויות	<input checked="" type="checkbox"/>	
9.	<input checked="" type="checkbox"/>		מחלת נפש ו/או בעיות נפשיות	<input checked="" type="checkbox"/>	
אם כן, לפרט :					

ג. (1) מחלות, ניתוחים, אישפוזים, פציעות וחבלות (בשנתיים האחרונות):

מס'	תאריך	משך אישפוז	בית החולים	פרטים
1.				
2.				
3.				
4.				

(2) בעיות רפואיות פעילות (פרוט ע"י הרופא או העובד)

מס' בעיה	מועד התחלה	פירוט

שם התרופה	מנה	תכיפות

שם התרופה	מנה	תכיפות

הצהרת העובד המהווה תנאי מוקדם לקיום הביטוח:

1. לא ידועה לי כל סיבה וצורך באשפוז, בדיקת רפואית או טיפול.
2. אין אני נוסע בניגוד ליעוץ רפואי או לשם קבלת טיפול רפואי.
3. הפרטים שבהצהרה זו הינם אמת.
4. אני החתום מטה, משחרר בזה כל רופא וכל מוסד רפואי ועובדיו מחובת הסודיות הרפואית, ומבקש בזה למסור לתע"א ולבא כוחה כל מסמך אשר ידרש על ידם אודות מחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר הנוגע למצבי הרפואי.

חתימת העובד: 92 תאריך: 8/1/2022

אין הסתייגות לנסיעה לחו"ל בתפקיד מבחינה רפואית.

לא מומלץ על נסיעות לחו"ל בתפקיד לתקופה של _____ לצמיתות. ☐

נא להמציא מסמכים רפואיים נוספים כדלהלן: _____

רופא התברה

*הצהרה זו נדרשת ע"י חברת הבטוח לצורך רכישת פוליסת בטוח - חו"ל