



הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נבקש למלא טופס זה באופן מדויק ושלם
ולשלוח אלינו את הטופס באחת מהדרכים הבאות:

שם הסוכן:

- כתובת מייל בהראל פנסיה: hitspension@harel-ins.co.il
- מס' פקס בהראל פנסיה: 03-7348280
- ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1-700-70-28-70

יש להשיב תשובות מלאות וכנות לשאלות המופיעות בשאלונים מטה.
ידוע לי שכלל שיימצא שהפרטים שמסרתי בשאלוני הבריאות, כולם או מקצתם, אינם הפרטים הנכונים והמלאים לגבי מצבי הבריאותי במועד מתן ההצהרה, עשויה לכך להיות השפעה על זכאותי לקבלת קצבת נכות, ובמקרה של פטירה חו"ח, לזכאותם של שאיריי לקבלת קצבת שאירים.
חתימתי מטה מאשרת כי התשובות המפורטות בשאלונים הן מלאות וכנות וניתנו מרצוני החופשי.

1 פרטיות

הראל חברה לביטוח בע"מ, הראל פנסיה וגמל בע"מ והחברות המנהלות של הפנסיה והגמל ["הראל"] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו. פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

2 שאלון סמים

1. מה סוג הסם?	☐ אחד מהבאים: חשיש, מריחואנה, גראס, קנאביס?		
☐ סם אחר*			
*בבקשה לצרף מסמך עדכני מרופא הכולל פירוט סמים, בדיקות מעבדה לרבות סרולוגיה ודם בשתן, האם נוטלת/כיום או עברת גמילה.			
2. האם השימוש רפואי (בהוראת הרופא)?	☐ לא		
☐ כן - האם השימוש עקב בעיה אורטופדית (גב/עמוד שדרה, ברכיים, מפרקים)?	☐ לא*		
☐ כן*			
*בבקשה לצרף תעודה רפואית לבעיה הרלוונטית			
3. האם משתמשת/כיום? ☐ לא ☐ כן			
4. מתי השתמשת בסמים בפעם האחרונה?			
5. כמה פעמים בחודש?			
תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה

3 שאלון לב

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהייתה לך או קיימת כיום בלב?	☐ ASD		
☐ התקף לב (אוטם בשריר הלב)	☐ VSD		
☐ צנתור	☐ PFO		
☐ מחלת לב איסכמית / אנגינה פקטוריס	☐ איוושה* / "רשרוש" בלב*		
☐ ניתוח מעקפים			
☐ הפרעות קצב לב (פלפיטציות)			
☐ מחלות מסתמים:			
באיזה מסתם קיימת הבעיה?			
☐ מיטראלי ☐ פולמונו (ריאתי) ☐ אורטלי			
☐ טריקוספידלי ☐ יותר ממסתם אחד			
*בבקשה לצרף תוצאות אקו לב			
בכל מקרה של תשובה חיובית לאחת או יותר מהאבחנות הבאות - בבקשה לצרף מכתב עדכני מקרדיולוג בצירוף תוצאות בדיקות שבוצעו בנושא:			
☐ מומי לב מולדים			
☐ השתלת לב			
☐ קרדיومیופתיה			
☐ אי-ספיקת לב			
בעית לב אחרת:			
תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה

4 שאלון יתר לחץ דם

1. מהם ערכי לחץ הדם העדכניים?	הערך גבוה (סיסטולי):		
הערך נמוך (דיאסטולי):			
2. אם הנך מטופל/ת תרופתית? ☐ לא ☐ כן			
אם אינך מטופל/ת תרופתית ו/או הינך מתחת לגיל 30, בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל			
תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה



^dt13001

שם הסוכן:

5 שאלון מחלת כלי דם			
מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהייתה לך או קיימת כיום בכלי הדם? ☐ דליות בוורידי הרגליים האם קיימות תופעות נלוות כגון כאבים, נפיחות, שינויים בעור, בצקות וכדומה ☐ לא ☐ כן ☐ DVT (פקקת / טרומבоза) ☐ PVD (מחלת כלי דם היקפיים)* ☐ חסימה / היצרות בעורקי הקרוטיס (עורקי הצוואר)* *בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא כולל תוצאות דופלר עורקי צוואר עדכניים ☐ תופעה / בעיה אחרת בכלי הדם* *בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל עם פרוט האבחנה, ואופן הטיפול או לפרט מהי הבעיה האחרת:			
תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה

6 שאלון סוכרת			
1. בבקשה לציין סוג הסוכרת: ☐ סוכרת סוג 1 (סכרת תלוית אינסולין, סכרת נעורים)* *בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל המתייחס לערכי הסוכר לרבות A1C ופגיעה באיברי מטרה ☐ סוכרת סוג 2 מתי אובחנה המחלה? בתאריך: ☐ סוכרת הריונית: ■ האם הנך בהריון כעת? ☐ לא ☐ כן ■ האם טופלת בחצי שנה האחרונה? ☐ לא ☐ כן 2. האם רמת הסוכר גבוהה מ-140? ☐ לא ☐ כן אם יותר מ-140, בבקשה לפרט מה רמת המוגלובין A1C (המוגלובין מסוכרר) בשאלה הבאה 3. האם ידועה לך רמת ההמוגלובין A1C (המוגלובין מסוכרר)? ☐ לא ☐ כן, מה הערך? אם לא ידוע לך הערך או שהערך גבוה מ-10, בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל המתייחס לאיזון הסכרת והאם קיימת פגיעה באיברי מטרה.			
תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה

7 שאלון צהבת וכבד			
מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהייתה לך או קיימת כיום הקשורה בצהבת ו/או במערכת העיכול: ☐ צהבת או נשאות של נגיף הצהבת (הפטיטיס) מסוג: ☐ צהבת A האם תפקודי ואנזימי הכבד תקינים? ☐ לא ☐ כן ☐ צהבת B ☐ צהבת C ☐ צהבת ילודים האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ לא ☐ כן ☐ צהבת מסוג אחר* ☐ שחמת* ☐ הפרעה בתפקודי כבד מסיבה לא ידועה* ☐ השתלת כבד* ☐ מחלה או תופעה אחרת בכבד* ☐ כבד שומני האם תפקודי ואנזימי הכבד תקינים? ☐ לא* ☐ כן במידה וקיים סימון כוכבית (*) לצד השאלה, בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל ותוצאות מעודכנות של בדיקת כבד וסרולוגיה			
תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה

שם הסוכן:

8 שאלון עצמות ושברים

1. באיזה איבר קיימת הבעיה?

- | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|
| ☐ אף | ☐ מרפק ימין | ☐ אגן ירכיים | ☐ רגל ימין |
| ☐ כתף ימין | ☐ מרפק שמאל | ☐ מפרק ירך ימין | ☐ רגל שמאל |
| ☐ כתף שמאל | ☐ יד ימין | ☐ מפרק ירך שמאל | ☐ כף רגל ימין |
| ☐ שתי כתפיים | ☐ יד שמאל | ☐ ברך ימין | ☐ כף רגל שמאל |
| ☐ צלעות | ☐ אצבעות ידיים | ☐ ברך שמאל | ☐ אחר |
| ☐ כף-יד ימין | ☐ בהונות רגליים | ☐ ראש / גולגולת | |
| ☐ כף-יד שמאל | ☐ עמוד שידרה צווארי (C1-C7) | ☐ קרסול ימין | |
| ☐ שורש כף יד ימין | ☐ עמוד שידרה גבי (T1-T12) | ☐ קרסול שמאל | |
| ☐ שורש כף יד שמאל | ☐ עמוד שידרה מותני תחתון (L1-L5) | | |

2. מהי המחלה, התופעה או הפרעה בעצמות?

- ☐ שברי מאמץ
☐ שבר

*האם חלפה חצי שנה מהשבר? ☐ לא ☐ כן

*האם נותרו כאבים, מגבלה או נכות עקב השבר? ☐ לא ☐ כן

מחלה, בעיה או תופעה אחרת בעצמות*

*בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל עם פרוט האבחנה לבעיה בעצמות, ואופן הטיפול או לפרט מהי הבעיה האחרת:

תאריך

שם המועמד/ת לביטוח

מספר זהות

חתימה

9 שאלון בעיות מפרקים

1. באיזה איבר קיימת בעיית המפרקים?

- | | | |
|------------------------------------|--|-------------------------------------|
| ☐ כתף ימין | ☐ שורש כף-יד ימין | ☐ קרסול ימין |
| ☐ כתף שמאל | ☐ שורש כף-יד שמאל | ☐ קרסול שמאל |
| ☐ מרפק ימין | ☐ מפרק ירך ימין | ☐ אחר |
| ☐ מרפק שמאל | ☐ מפרק ירך שמאל | |

2. מה הבעיה במפרקים?

☐ נקע (בקרסול)

*האם הנקע עדיין קיים? ☐ לא ☐ כן

*האם יותר מנקע בודד (אירועים חוזרים)?

☐ לא ☐ כן - מועד אירוע אחרון, תאריך:

☐ שחיקה

*האם קיימת מגבלת תנועה או נכות עקב השחיקה? ☐ לא ☐ כן

☐ פריקה

*האם פרקת את אותו המפרק יותר מפעם אחת? ☐ לא ☐ כן

*מה היה גילך במועד הפריקה האחרונה?

*כמה זמן עבר מהפריקה האחרונה?

☐ דלקת פרקים ראומטית/שגרונתית (ראומטיד ארתריטיס RA)

*האם מטופל/ת בטיפול תרופתי קבוע? ☐ לא ☐ כן

*האם יש קושי בתפקוד היומיומי? ☐ לא ☐ כן

☐ אוסטיאוארטיטיס (מחלת פרקים ניוונית OA)

☐ שבר - יש למלא שאלון שברים

☐ מחלה, בעיה או תופעה אחרת במפרקים*

*בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל עם פרוט האבחנה לבעיה במפרקים,

הערכה למפרקים הפגועים, התייחסות לתפקוד היומיומי ואופן הטיפול או לפרט

מהי הבעיה האחרת:

תאריך

שם המועמד/ת לביטוח

מספר זהות

חתימה

10 שאלון ברכיים

1. באיזה ברך הבעיה? ☐ ברך ימין ☐ ברך שמאל ☐ שתי הברכיים

2. מה הבעיה בברך?

☐ פריקה

☐ קרע ברצועה צולבת

*האם נותחת או הומלץ לך לעבור ניתוח? ☐ לא ☐ כן

*כמה שנים חלפו מהאירוע האחרון?

*מה היה גילך במועד האירוע האחרון?

*האם נותרו כאבים, נכות או מגבלת תנועה עקב הקרע? ☐ לא ☐ כן

☐ קרע במניסקוס

*האם הומלץ לך לעבור ניתוח? ☐ לא ☐ כן

*האם עברת את הניתוח? ☐ לא ☐ כן

*כמה שנים חלפו מהאירוע האחרון?

*האם נותרו כאבים, נכות או מגבלת תנועה בברך? ☐ לא ☐ כן

☐ בעיה/תופעה אחרת בברכיים*

*בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל עם פרוט האבחנה לבעיה

בברכיים, מתייחס לתפקוד היומיומי ואופן הטיפול או לפרט מהי הבעיה

האחרת:

תאריך

שם המועמד/ת לביטוח

מספר זהות

חתימה

שם הסוכן:

11 שאלון גב ועמוד שדרה			
1. מהי המחלה, התופעה או ההפרעה ממנה אתה סובל/סבלת? ☐ בלט או פריצת דיסק ☐ עקמת ☐ שבר בחוליות עמוד השדרה ☐ אנקילוזיס ספונדיליטיס ☐ מחלה/תופעה אחרת בגב ועמוד השדרה* *במקרה של בעיה אחרת בגב ועמוד השדרה שלא מפורטת בשאלון בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא כולל אבחנה והטיפול המומלץ			
2. באיזה אזור בגב ועמוד השדרה קיימת בעיה/הפרעה? ☐ עמוד שדרה צווארי (C1-C7) ☐ עמוד שדרה גבי (אמצעי) (T1-T12) ☐ עמוד שדרה מותני תחתון (L1-L5) ☐ סקרום ועצם הזנב (העצה)			
תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה

12 שאלון תאונות/נכות			
1. מהו האיבר שנפגע? ☐ ראש / גולגולת ☐ אף ☐ כתף ימין ☐ כתף שמאל ☐ כתפיים ☐ צלעות ☐ כף-יד ימין ☐ כף-יד שמאל ☐ שורש כף יד ימין ☐ שורש כף יד שמאל ☐ מרפק ימין ☐ מרפק שמאל ☐ יד ימין ☐ יד שמאל ☐ אצבעות ידיים ☐ בהונות רגליים ☐ עמוד שדרה גבי ☐ עמוד שדרה מותני ☐ עמוד שדרה צווארי ☐ אגן ירכיים ☐ מפרק ירך ימין ☐ מפרק ירך שמאל ☐ ללא פגיעה באיברים			
במקרה של פגיעה באיבר אחר שלא מפורט בשאלון, בבקשה לפרט בהצהרה מה האיזור שנפגע:			
2. האם עברת ניתוח? ☐ לא ☐ כן 3. האם קיימת מגבלה? ☐ לא ☐ כן 4. האם קיימת נכות? ☐ לא, האם הוגשה תביעה לנכות? ☐ לא ☐ כן ☐ כן, מה אחוזי הנכות?			
תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה

13 שאלון אשפוזים וניתוחים			
1. מהי סיבת האשפוז או הניתוח? ☐ בעיה שדיווחת עליה בשאלות קודמות ☐ לידה ☐ ניתוח אפנדציט ☐ דלקת גרון (אירוע בודד) ☐ פגיעת ראש* ☐ דלקת ריאות ☐ התייבשות ☐ דלקת בדרכי השתן (אירוע בודד) ☐ ניתוח הזעת יתר ☐ דלקת אוזניים (אירוע בודד) ☐ ניתוח להפחתת משקל (קיצור קיבה, טבעת, בלון וכדו') ☐ הפלה (אירוע בודד) ☐ ניתוח הגדלת חזה ☐ ניתוח קיסרי *בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא אודות האשפוז / ניתוח, הטיפול שניתן והמצב כיום *בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא אודות האשפוז/ ניתוח, פרוט הטיפול שניתן והמצב כיום או לפרט מהי הניתוח/אשפוז האחר: דלקת קרום המוח* ☐ *בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המפרט את סיבת האשפוז/ניתוח והמצב כיום 2. האם חלפה חצי שנה ממועד הניתוח/אשפוז? ☐ לא ☐ כן 3. האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ לא ☐ כן - בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל			
תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה