



020102201

שאלוני חיתום

להשלמת פרטים רפואיים



הצהרת המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	שם הסוכן	מס' הסוכן	מספר פוליסה
----------	---------	----------	----------	-----------	-------------

נא מלא/י את השאלון הרלוונטי ע"פ הצורך, וחתום/י על ההצהרה בתחתית כל עמוד

4. צריכת אלכוהול	
לא	כן
	4.1 האם הינך שותה/שתיית קבוע 4 כוסות בירה או בקבוק יין ליום
	4.4.1 האם נגרם נזק לכבד, דלקת קיבה
	4.4.2 האם יש/היו הפרעות נוירולוגיות בעצבים הקפיים
	4.4.3 האם יש/היו הפרעות פסיכולוגיות (נדודי שינה, שינויים במצב הרוח ועירוה)
	4.4.4 האם היו העדרויות תכופות מהעבודה או איבוד מקום עבודה
	4.4.5 האם עברת או הומלץ גמילה מאלכוהול
	4.4.6 אחר

5. מחלות עצבים, מחלות נפש, אפילפסיה	
לא	כן
	5.1 עצבים פריפריים, מוח, אפילפסיה
	5.1.1 אירוע מוחי
	5.1.2 דלקת המוח (אנצלליטיס) או דלקת קרום המוח
	5.1.2.1 במהלך השנה האחרונה
	5.1.2.2 נשאר נזק מוחי או נזק אחר
	5.1.3 טרשת נפוצה (מולטיפל סקלרוזיס)
	5.1.4 מחלת פרקינסון
	5.1.5 אפילפסיה
	5.1.5.1 גרנד מאל

התקפים נדירים (עד 6 בשנה):

- התקף אחרון בתקופה של שנתיים האחרונות
- התקף אחרון בתקופה של 2-5 שנים אחרונות
- התקף אחרון בתקופה יותר מ-5 שנים אחרונות

התקפים מרובים (עד 12 בשנה):

- התקף אחרון בתקופה של שנתיים האחרונות
- התקף אחרון בתקופה יותר משנתיים האחרונות

התקפים קבועים (יותר מ-12 בשנה):

- התקף אחרון בתקופה של 2-5 שנים אחרונות
- התקף אחרון בתקופה יותר מ-5 שנים
- 5.1.5.2 פטיט מאל

התקפים נדירים (עד 6 בשנה):

- התקף אחרון בתקופה של שנתיים האחרונות
- התקף אחרון בתקופה יותר משנתיים האחרונות

התקפים מרובים (עד 12 בשנה):

- התקף אחרון בתקופה של שנתיים האחרונות
- התקף אחרון בתקופה יותר משנתיים האחרונות

התקפים קבועים (יותר מ-12 בשנה):

- התקף אחרון בתקופה של שנתיים האחרונות
- התקף אחרון בתקופה של 2-5 שנים אחרונות
- התקף אחרון בתקופה יותר מ-5 שנים

1. המשך פגיעה/פגיעה	
לא	כן
	1.1.1.3 פגיעה באגן
	<input type="checkbox"/> אגן ירכיים
	<input type="checkbox"/> פרקי אגן הירכיים
	<input type="checkbox"/> אחר
	1.1.1.4 פגיעה באברי המין
	1.1.1.6 פגיעה/פגיעה אחרת
	1.2 הפגיעה התרחשה לפני 7 שנים ויותר
	1.2.1 האם אושפזת 7 ימים ומעלה כתוצאה מפגיעה/פגיעה
	1.2.2 האם עדיין קיימת בעיה כלשהי כתוצאה מפגיעה/פגיעה
	1.3 אין ולא היו כל פגיעות בריאותיות כתוצאה מהתאונה/תאונות (חוץ ממכות יבשות)
	1.4 קיימת נכות כתוצאה מתאונה
	1.5 אחר

2. נכות	
לא	כן
	2.1 קיימת נכות
	2.1.1 קיימת נכות ממחלה כלשהי כולל הפרעה נפשית או מום מולד
	2.2.2 קיימת נכות כתוצאה מתאונה
	2.2.3 אחוז ידוע של נכות (מעל 50%)
	(נא לצרף דוח מביטוח לאומי)
	2.2.4 אחר

3. שימוש בסמים	
לא	כן
	3.1 האם הנך צורך/צרכת סמים כלשהם
	3.1.1 שימוש הרואין בהזרקה בהסנפה
	3.1.2 שימוש במריחואנה
	3.1.3 שימוש באקסטזי
	3.1.4 שימוש בקוקאין
	3.1.5 שימוש באמפטמינים
	3.2 תדירות השימוש בסמים
	פרט: _____
	3.3 מתי הפסקת להשתמש
	פרט: _____
	3.4 האם טופלת במוסד לגמילה
	3.5 אחר

1. פגיעה/פגיעה	
לא	כן
	1.1 פגיעה/פגיעה (בתאונה או מכל סיבה אחרת)
	1.1.1 פגיעה ב-7 שנים אחרונות פרט: חודש _____ שנה _____
	1.1.1.1 האם הפגיעה היתה בחוזה, בטן
	1.1.1.2 האם היתה פגיעה באיברים פנימיים
	1.1.1.3 חבלת ראש
	1.1.1.3.1 דמם מוחי
	1.1.1.3.2 אובחן איבוד הכרה
	1.1.1.3.3 חבלת ראש במשך השנה האחרונה
	1.1.1.4 האם נפצעת בכו ועמוד שדרה
	1.1.1.4.1 עמוד שדרה צוארי
	1.1.1.4.2 עמוד שדרה גבי
	1.1.1.4.3 עמוד שדרה מותני
	1.1.1.5 האם נפצעת בגפיים באגן או באיברי המין כתוצאה מתאונה
	1.1.1.5.1 פגיעה ביד או בידים
	<input type="checkbox"/> שתי הידיים
	<input type="checkbox"/> יד ימין
	<input type="checkbox"/> יד שמאל
	<input type="checkbox"/> מרפקים
	<input type="checkbox"/> מרפק ימין
	<input type="checkbox"/> מרפק שמאל
	<input type="checkbox"/> כתפיים
	<input type="checkbox"/> כתף ימין
	<input type="checkbox"/> כתף שמאל
	<input type="checkbox"/> כפות ידיים
	<input type="checkbox"/> כף יד ימין
	<input type="checkbox"/> כף יד שמאל
	<input type="checkbox"/> שורשי כפות ידיים
	<input type="checkbox"/> שורש כף יד ימין
	<input type="checkbox"/> שורש כף יד שמאל
	<input type="checkbox"/> אחר
	1.1.1.5.2 פגיעה ברגל או ברגליים
	<input type="checkbox"/> שתי הרגליים
	<input type="checkbox"/> רגל ימין
	<input type="checkbox"/> רגל שמאל
	<input type="checkbox"/> כרכיים
	<input type="checkbox"/> ברך ימין
	<input type="checkbox"/> ברך שמאל
	<input type="checkbox"/> קרסוליים
	<input type="checkbox"/> קרסול ימין
	<input type="checkbox"/> קרסול שמאל
	<input type="checkbox"/> כפות רגליים
	<input type="checkbox"/> כף רגל ימין
	<input type="checkbox"/> כף רגל שמאל
	<input type="checkbox"/> אחר

הצהרה:

אני החתום מטה אשר את חיינו יש לבטח, מצהיר בזה שכל תשובותי הנ"ל הן נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלונים זה/אלו מהווה/ים חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח חיים, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות, במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

תאריך	חתימת העד	מס' זהות של העד	שם העד לחתימה	חתימת המועמד לביטוח
-------	-----------	-----------------	---------------	---------------------

עמוד 1 מתוך 5

02/06/09-09/0024



020102202

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	שם הסוכן	מס' הסוכן	מספר פוליסה
----------	---------	----------	----------	-----------	-------------

7. המשך לב, לחץ דם כלי דם

לא	כן
	7.3.4 דליות/טרומבוזה
	7.3.5 מחלות כלי דם היקפית
	7.4 אחר

6. המשך ריאות ודרכי נשימה

לא	כן
	6.4.2 ניתוח כתוצאה מפנאומוטורקס
	6.5 סקרואידוזיס
	6.6 תסחיף ריאתי
	6.7 COPD (מחלה חסימתית כולל אמפיזמה נפחת)
	6.8 ברוניטיס כרונית
	6.9 אחר

5. המשך מחלות עצבים, נפש, אפילפסיה

לא	כן
	5.1.5.3 טיפול תרופתי קבוע לאפילפסיה:
	<input type="checkbox"/> Depalept
	<input type="checkbox"/> דילנטין Dilantin
	<input type="checkbox"/> טגריטול Tegretol
	<input type="checkbox"/> טופאמאקס Topamax
	<input type="checkbox"/> אחר
	5.1.6 שיתוק או חולשת שרירים
	5.1.7 מיגרנה
	5.1.7.1 נלקח או הומלץ טיפול תרופתי:
	<input type="checkbox"/> אימיטרקס Imitrex
	<input type="checkbox"/> נקסין Naxyn
	<input type="checkbox"/> ריזאלט Rizalt
	<input type="checkbox"/> אחר
	5.1.7.2 תדירות התקפים וחומרתם
	<input type="checkbox"/> התקפים קלים (לא קבועים מות מ-6 שעות להתקף)
	<input type="checkbox"/> התקפים בינוניים (קבועים מעל פעמיים בחודש עד 6 שעות)
	<input type="checkbox"/> התקפים קשים (מס' התקפים בחודש מעל 6 שעות להתקף)
	5.1.8 מפרצת מוחית (אנאוריזמה)
	5.1.9 הפרעות במצב נפשי ובמצב הרוח
	5.1.9.1 דיכאון
	5.1.9.2 ניסיון אובדני
	5.1.9.3 חרדה, אובססיה
	5.1.9.3.1 קיימת הפרעה בתפקוד היומי
	5.1.10 הפרעות אכילה, אנורקסיה ו/או בולמיה
	5.1.11 סכיזופרניה, מאניה דיפרסיה
	5.1.12 הלם קרב או תסמונת פוסט-טראומטית
	5.1.13 טיפול פסיכיאטרי (ניתן או הומלץ טיפול תרופתי)
	פרט: _____
	5.1.14 אחר

8. הפרעות בוושט, קיבה, מעי ופי הטבעת

לא	כן
	8.1 וושט
	8.1.1 רפלוקס (החזר וושטי)
	8.1.2 הצרות בוושט
	8.1.3 כיס בוושט
	8.1.4 דליות בוושט
	8.1.5 אחר
	8.2 בקע סרעפתי
	8.2.1 וושט עייש ברט
	8.3 כיב קיבה ותרסירון
	8.4 מחלת קרוהן
	8.4.1 קרוהן אובחנה מתחת לגיל 40
	8.4.2 ניתן טיפול תרופתי קבוע
	פרט: _____
	8.4.3 יש מעורבות של המעי הדק
	8.4.4 קיימת היצרות של חלל המעי
	8.4.5 הומלץ על ניתוח
	8.4.6 מעקב רפואי אחרון יותר מ-5 שנים
	8.4.7 קיימת פיסטולה
	8.4.8 אובחן מנהקולון
	8.4.9 מתי היה התקף אחרון חודש _____ שנה

7. הפרעות בלב, בלחץ הדם ובכלי הדם

לא	כן
	7.1 מחלת לב
	7.1.1 מחלת לב מילדת
	7.1.2 אנגינה פקטוריס (כאבי חזה ממחלת לב)
	7.1.3 היה התקף לב
	7.1.4 הפרעה בקצב הלב
	7.1.5 חסימה בחולכה בשריר הלב
	7.1.6 קרדיאומיופטיה
	7.1.7 הפרעה במסתמי הלב, אוושה
	7.1.8 אי-ספיקת לב
	7.2 יתר לחץ דם
	7.2.1 נמדדו ערכים של מעל 220/120 מ"מ כספית
	7.2.2 יש פגיעה ברשתית העין
	7.2.3 יש פגיעה בשריר הלב
	7.2.4 יש פגיעה בכליות
	7.2.5 לחץ הדם הנוכחי
	פרט: _____
	7.2.6 נלקח או הומלץ טיפול תרופתי:

6. ריאות ודרכי נשימה

לא	כן
	6.1 אסטמה
	6.1.1 טיפול תרופתי קבוע:
	<input type="checkbox"/> בודיקורט Bodicort
	<input type="checkbox"/> בריקלין Bricalin
	<input type="checkbox"/> דיסקוס Diskus
	<input type="checkbox"/> ונטולין Ventolin
	<input type="checkbox"/> סימביקורט Symbicort
	<input type="checkbox"/> סינגוליר Singulair
	<input type="checkbox"/> פליקסטייד Flixotide
	<input type="checkbox"/> סרטייד Seretide
	<input type="checkbox"/> אחר
	6.1.2 התקף אסטמתי בשנתיים האחרונות
	6.1.3 טיפול קבוע לפני פעילות גופנית
	6.1.4 סטוראידים ניתנו בשנתיים האחרונות
	6.1.5 אישפו בשל החמרה של אסטמה ב-3 שנים אחרונות - (נא לצרף דו"ח אישפוז)
	6.2 דלקות ריאה חוזרות
	6.3 ברוניאקטיוזיס (הרחבה קבועה של דרכי האויר)
	6.4 פנאומוטורקס (חזה אוויר) ספונטני
	6.4.1 פנאומוטורקס חוזר

8.5 תסמונת המעי הרגיש (העצבני)

לא	כן
	8.5.1 תדירות התקפים ו/או אישפוזים
	פרט: _____
	8.5.2 ניתן טיפול תרופתי קבוע פרט:
	8.5.3 האם ישנם סיבוכים כתוצאה ממחלה
	8.5.4 קיימת השפעה על מצב נפשי
	8.5.5 האם קיימת הפרעה בתפקוד בבית/בעבודה
	8.6 היצרות של חלל המעי
	8.6.1 אירוע אחרון ב-3 החודשים האחרונים
	8.6.2 יותר מאירוע אחד
	8.6.3 היצרות חלל המעי אובחן בוודאות
	8.7 דלקת כיבת של המעי (אולצרטוב קוליטיס)
	<input type="checkbox"/> קוליטיס אובחן עד שנה
	<input type="checkbox"/> קוליטיס אובחן משנה עד 3 שנים
	<input type="checkbox"/> קוליטיס אובחן מעל 3 שנים
	8.7.1 ניתן טיפול תרופתי בסטוראידים במשך שנתיים ויותר
	8.7.2 הומלץ על ניתוח
	8.7.3 קיים נוק לקטום (חולחלת)
	8.7.4 אולצרטוב קוליטיס אובחן בוודאות
	8.7.5 זמן שחלף מהתקף אחרון:
	<input type="checkbox"/> עד 6 חודשים
	<input type="checkbox"/> 6 חודשים עד שנתיים
	<input type="checkbox"/> 2-5 שנים
	<input type="checkbox"/> מעל 5 שנים

7.2.6 נלקח או הומלץ טיפול תרופתי:

<input type="checkbox"/>	איאקור Icacor
<input type="checkbox"/>	אוסקר Oscar
<input type="checkbox"/>	אלדומין Aldomin
<input type="checkbox"/>	אנאלפריל Enalapril
<input type="checkbox"/>	אנלדקס Enaldex, קונברטין (Convertin)
<input type="checkbox"/>	דיזוטיאזיד Disothiazide
<input type="checkbox"/>	דרלין Deralin
<input type="checkbox"/>	ויזנופריל Visanopril
<input type="checkbox"/>	וואודיפ Vasodip
<input type="checkbox"/>	וסקייס Vasace
<input type="checkbox"/>	טריטיס Tritace
<input type="checkbox"/>	ליפריסול Liprisol
<input type="checkbox"/>	נורמיטן Normiten (נורמלול Normalol)
<input type="checkbox"/>	נורווקס Norvax
<input type="checkbox"/>	פנדיל Penedil
<input type="checkbox"/>	קלוריל Kaloril
<input type="checkbox"/>	קרדילוק Cardilok (קונקור Concor)
<input type="checkbox"/>	קאדקס Cadex (קרדורל Cardoral)
<input type="checkbox"/>	אחר
	7.2.7 אובחנה מחלה כגורמת ליתר לחץ-דם
	7.3 הפרעה בכלי הדם
	7.3.1 מיפרצת (אנאוריזמה) באאורטה
	7.3.2 כאבי רגליים בהליכה
	7.3.3 פקקת ורידים

הצהרה:

אני החתום מטה אשר את חיי יש לבטח, מצהיר בזה שכל תשובותי הנ"ל הן נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלונ/ים זה/אלו מהווה/ים חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח חיים, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות, במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

חתימת המועמד לביטוח	שם העד לחתימה	מס' זהות של העד	חתימת העד	תאריך
---------------------	---------------	-----------------	-----------	-------



020102203

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	שם הסוכן	מס' הסוכן	מספר פוליסה
----------	---------	----------	----------	-----------	-------------

12. סכרת, שומנים, בלוטת התריס והפרעות מטבוליות והורמונליות אחרות	
לא	כן
	12.1 סכרת
	12.1.1 מועד גילוי מחלה חודש _____ שנה _____
	12.1.2 ניתן טיפול באינסולין
	12.1.3 ניתן טיפול בשתי תרופות (כדורים) ויותר
	12.1.4 אשפזו לאיוון רמות הסוכר
	12.1.5 רמת HbA1c ב-3 חודשים האחרונים פרט: _____ (נא צרף תוצאות)
	12.1.6 סוכר בצום מעל 300 מ"ג
	12.1.7 קיימת פגיעה בעין/עיניים
	12.1.8 קיימת פגיעה בכליה/כליות
	12.1.9 קיימת פגיעה בתפקוד הלב
	12.1.10 ייחוס, נמק או כיבים מתמשכים בעור
	12.1.11 הומלץ על כריתת גפה (רגל או יד)
	12.1.12 קיימת נאורופתיה או פגיעה בעצב הגפיים
	12.2 הפרעה בשומני הדם
	12.2.1 נלקח או הומלץ טיפול תרופתי:
	<input type="checkbox"/> אזטרול Ezetrol
	<input type="checkbox"/> בזאפיבראט Bezafibrate (בזאליפ Bezalip)
	<input type="checkbox"/> ציפופיבראט Ciprofibrate
	<input type="checkbox"/> ליפאניר Lipanor
	<input type="checkbox"/> ליפיתור Lipitor
	<input type="checkbox"/> סימבסטטין Simvastatin
	(סימבקור Simvacor, סימוביל Simovil, סימבאקסין Simvaxon)
	<input type="checkbox"/> אחר
	12.2.2 כולסטרול בצום מעל 250% מ"ג
	12.2.3 רמות טריגליצרידים מעל 300% מ"ג
	12.3 הפרעה בתפקוד בלוטת התריס (המנן, הטיוראיד)
	12.3.1 תת פעילות בלוטת התריס (היפותרואידים)
	12.3.2 תת פעילות יתר של בלוטת התריס (היפרתירואידים)
	12.3.3 עיניים בולטות (אקסופטלמוס)
	12.3.4 אשפזו בהקשר למחלת בלוטת התריס
	12.3.5 הגדלה של בלוטת התריס עם גושים מרובים (גויטר מולטינודולרי)
	12.4 FMF (מחלת חום ים תיכונית)
	12.4.1 התקף אחרון עד חצי שנה
	12.4.2 התקף אחרון מעל חצי שנה
	12.4.3 האם ניתן טיפול בקולכיצין
	12.4.4 טיפול תרופתי אחר
	12.5 ציסטיק פיברוזיס
	12.6 אחר

9. המשך כבד, כיס מרה, טחול והלב	
לא	כן
	9.4.2 טחול חסר
	<input type="checkbox"/> כתוצאה ממחלה
	<input type="checkbox"/> כתוצאה מטראומה
	9.5 אחר

10. הפרעות בכליות ודרכי השתן	
לא	כן
	10.1 כליה אחת חסרה או לא מתפקדת
	10.1.1 כתוצאה מתרומת כליה
	10.1.2 כליה יחידה מלידה
	10.1.3 סיבה אחרת
	10.2 אבנים בכליות ובדרכי השתן כיום
	10.2.1 סימפטומים בשנתיים האחרונות
	10.2.2 האם ידוע על אבני כליה היום
	10.2.3 נמצאו אבנים דו צדדיות
	10.2.4 האם מועמד להוצאת האבנים (ריסק, ניתוח, אנדוסקופיה)
	10.2.5 היו אבני כליה בעבר
	10.2.6 נמצאו אבן כיום
	10.3 דלקות חוזרות בדרכי השתן
	10.3.1 יותר מ 3 אירועים בשנתיים האחרונות
	10.3.2 טיפול תרופתי קבוע
	פרט: _____
	10.3.3 רפלוסק של דרכי השתן
	10.3.4 רפלוסק חוזר לאחר הניתוח
	10.4 ציסטה בכליה
	10.5 בדיקת שתן לא תקינה ב 6 חודשים אחרונים
	10.6 אי ספיקת כליות
	10.7 אחר

11. הפרעות בפרוסטטה (ערמונית) ואשכים	
לא	כן
	11.1 הגדלה שפירה של הערמונית
	11.1.1 הומלץ על ניתוח
	11.2 דלקות חוזרות בערמונית
	11.3 ערמונית
	נלקח או הומלץ טיפול תרופתי:
	<input type="checkbox"/> אומניק Omanik
	<input type="checkbox"/> היטרון Hitron
	<input type="checkbox"/> פרופסיה Propecia
	<input type="checkbox"/> קסאטראל Xatral
	<input type="checkbox"/> אחר
	11.4 וריקוצלה
	11.5 סבסוב (טורשן) חוזר של האשך והאשכים
	11.6 הידרוצלה
	11.7 אשך טמיר (נמצא מחוץ לשק האשכים)
	11.8 אחר

8. המשך הפרעות בושט, קיבה, מעי ופי הטבעת	
לא	כן
	8.8 דיברטיקולוזיס
	8.8.1 אירוע ב-3 שנים אחרונות
	8.8.2 מעקב רפואי לפני 5 שנים ויותר
	8.8.3 הומלץ על ניתוח
	8.8.4 דיברטיקולוזיס אובחן בוודאות
	8.9 הפרעות הקשורות בפי הטבעת
	8.9.1 טחורים
	8.9.2 סדק בפי הטבעת (פיסורה)
	8.9.3 פתח עורי מפרוש (פיסטולה) בפי הטבעת
	8.9.4 פילונידאל אבצס (מורסה)
	8.9.5 צניחה של הרקטום
	8.10 בקע (הרניה)
	8.10.1 בקע מפשעתי
	8.10.2 בקע בטני (טבורי)
	8.11 מחלת ציליאק
	8.12 האם ניתן/הומלץ טיפול לצרבת, רפלוסק בושט, בקע סרעפתי
	<input type="checkbox"/> אומפרדקס Omepradox
	<input type="checkbox"/> ביסמוט Bismuth
	<input type="checkbox"/> לוסק Losec
	<input type="checkbox"/> לנטון Lanton
	<input type="checkbox"/> פמוטידין Famotidine
	<input type="checkbox"/> אחר
	8.13 אחר

9. הפרעה בתפקוד הכבד, כיס המרה, הטחול והלב	
לא	כן
	9.1 הפרעה בתפקוד הכבד
	9.1.1 צהבת ויראלית או הפטיטיס A
	9.1.2 הפטיטיס נגיפי מסוג B
	9.1.3 הפטיטיס נגיפי מסוג C
	9.1.4 הפטיטיס אחר
	9.1.5 כבד שומני
	9.1.6 הגדלה של הכבד
	9.1.7 שחמת כבד (צירוזיס)
	9.1.8 המנגיומה בכבד
	9.1.9 מורסה (אבצס) בכבד
	9.1.10 הפרעה בתפקודי כבד ב-6 חודשים אחרונים
	9.2 אבנים בכיס המרה
	9.2.1 בוצע ניתוח כריתת כיס מרה
	9.2.2 אבנים בכיס המרה אובחנו בוודאות וטרם בוצע ניתוח
	9.2.3 האם מועמד לניתוח
	9.3 דלקת הלב (מקריאטיטיס)
	9.3.1 יותר מאירוע אחד של דלקת
	9.3.2 אירוע ב-3 שנים האחרונות
	9.4 הפרעות הקשורות לטחול
	9.4.1 טחול מוגדל

הצהרה: אני החתום מטה אשר את חיי יש לבטח, מצהיר בזה שכל תשובתי הנ"ל הן נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלוני/ים זה/אלו מהווה/ים חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח חיים, ובמקרה ותשובתי אינן נכונות ומלאות, במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

חתימת המועמד לביטוח	שם העד לחתימה	מס' זהות של העד	חתימת העד	תאריך
---------------------	---------------	-----------------	-----------	-------



020102204

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	שם הסוכן	מס' הסוכן	מספר פוליסה
----------	---------	----------	----------	-----------	-------------

17. הפרעות בעיניים, באוזניים, באף, בסינוסים, בלוע וגרון	
לא	כן
	17.1 חירשות
	17.1.1 חירשות בשתי אוזניים
	17.1.2 ירידת שמיעה בשתי אוזניים
	17.1.3 חירשות באוזן אחת
	17.1.4 ירידת שמיעה באוזן אחת
	<input type="checkbox"/> אוזן ימין <input type="checkbox"/> אוזן שמאל
	17.1.5 חירשות זמנית
	17.1.6 חירשות לאחר ניתוח באוזן
	17.1.7 איבוד שמיעה פתאומי
	17.1.8 צפצופים באוזניים
	17.1.9 דלקות אוזניים חוזרות
	17.1.10 נקב קבוע בעור התוף
	17.1.11 סחרחורת חוזרות מסוג ורטיגו ו/או חוסר שיווי משקל
	17.1.12 מחלת מנייר
	17.1.13 הרפס באוזניים
	17.1.14 שתל באוזן
	17.1.15 אחר
	17.2 אף וסינוסים
	17.2.1 הפרעות הקשורות למחיצת האף
	17.2.2 פוליפים במערכת האף (סינוסים)
	17.2.3 סינוסיטיס חוזר
	17.3 הפרעות בתפקוד בלוטת הרוק
	17.4 לוע וגרון
	17.4.1 קיימת צרידות
	17.4.2 דלקות חוזרות בגרון
	17.5 הפרעה בתפקוד מפרק הלסת
	17.6 עיניים
	17.6.1 עיוורון
	17.6.1.1 עיוורון בשתי העיניים
	17.6.1.2 עיוורון חלקי בשתי העיניים
	17.6.1.3 עיוורון בעין אחת
	<input type="checkbox"/> ימין <input type="checkbox"/> שמאל
	17.6.1.4 עיוורון זמני חולף
	17.6.1.5 עיוורון חלקי בעין אחת
	<input type="checkbox"/> ימין <input type="checkbox"/> שמאל
	17.6.1.6 איבוד ראייה פתאומי
	17.6.2 פזילה
	17.6.3 עין עצלה
	17.6.4 קראטוקונוס
	17.6.5 הרפס בעיניים
	17.6.6 קטרקט
	17.6.7 היפרדות רשתית
	17.6.8 גלאוקומה
	17.6.9 פגיעה ברשתית העין
	17.6.10 שימוש קבוע במשקפי ראייה (מעל 7)

16. הפרעות בגב ובעמוד השדרה	
לא	כן
	16.1 כאבי גב
	16.1.1 פריצת/בליטת דיסק
	- עמוד שדרה צווארי
	- עמוד שדרה גבי
	- עמוד שדרה מותני
	16.2 הצרות של תעלת השדרה (ספניל סטנוזיס)
	16.3 אירוע אחרון ב-3 השנים האחרונות
	16.4 היעדרות של יותר מחודשיים מהעבודה
	16.5 ניתוח גב בשנתיים האחרונות
	16.6 בוצע יותר משני ניתוחים בגב
	16.7 כאבי הגב נמשכו חודשיים לאחר ניתוח בעמוד השדרה
	16.8 ניתנה זריקה נגד כאבים בשני מקרים ויותר
	16.9 טיפול קבוע במרפאת כאב
	16.10 הקרנת כאב הגב לרגליים (סיאטיקה)
	16.11 קיימת הפרעה בתפקוד בבית, בעבודה
	16.12 ספונדיליטיס
	16.12.1 אובחן לפני גיל 25
	16.12.2 חלה החמרה בשנה האחרונה
	16.12.3 הפרעה בתפקוד היומי
	16.12.4 ספונדיליטיס אובחנה בוודאות
	16.13 ספונדילוליסטיוס בגב ובעמוד השדרה
	16.13.1 ללא כאבי גב ב 5 שנים האחרונות
	16.13.2 ניתוח נכשל
	16.13.3 ספונדילוליסטיוס אובחן בוודאות
	16.14 עיוותים (דפרמציות) בעצמות הגב וחוזה
	16.14.1 קיפוזיס (עקמת שנראית מהצד)
	16.14.2 קיפוסקוליוזיס (עקמת מעורבת)
	16.14.3 היפרלורדוזיס (השטח הקימור הטבעי בגב התחתון)
	16.14.4 סקוליאוזיס (עקמת הנראית מאחור)
	16.14.5 השטחה והבלטה של עצם החזה (הסטרנום)
	16.14.6 עמוד שדרה בצורת קנה במבוק
	16.14.7 הפרעה וקושי בנשימה
	16.14.8 ירידה תפקודית כללית
	16.15 ספינה בפידיה (פתוחה/סגורה)
	16.16 אחר

13. הפרעה בספירת הדם, בקרישת הדם, ובמערכת החיסון	
לא	כן
	13.1 אנמיה
	13.1.1 אנמיה מחוסר ברזל
	13.1.2 אנמיה מחוסר B12
	13.1.3 אנמיה מחוסר G6PD
	13.1.4 טלסמיה
	<input type="checkbox"/> טלסמיה מאזיר (קשה)
	<input type="checkbox"/> טלסמיה מינור (קל)
	13.1.5 אנמיה אפלטית
	13.1.6 אנמיה חרמית
	13.1.7 אחר
	13.2 ריבוי כדוריות דם אדומות (פוליציטמיה)
	13.3 הפרעות קרישה (נא לצרף תוצאות בדיקת תפקודי קרישה אחרונים שבוצעו)
	13.4 הפרעות במערכת החיסון
	13.5 ריבוי בכדוריות דם לבנות (לאוקוציטוזיס)
	13.5.1 מיעוט כדוריות לבנות (לאוקופניה)
	13.6 מעוט טסיות (טרומבוציטופניה)
	13.7 ריבוי טסיות (טרומבוציטוזיס)
	13.8 אחר

14. הפרעות הקשורות לעור	
לא	כן
	14.1 פסוריאזיס
	14.1.1 קיימת מעורבות של הפרקים
	14.1.2 ניתן טיפול במשחה
	14.1.3 טיפול אחר
	14.2 פריחה אלרגית כרונית (אורטיקריה כרונית)
	14.3 פמפיגוס
	14.4 כיבים מתמשכים ופצעים על פני העור
	14.5 ריבוי נקודות חן במעקב רופא עור
	14.6 גושים שומניים (ליפומה) מרובים וחוזרים
	14.7 דלקת עור כרונית
	14.8 גוזת וטיפול הקרנות בעבר
	14.9 אקנה
	14.10 לבקנות
	14.11 אחר

15. מחלות זיהומיות, מחלות מין	
לא	כן
	15.1 אבצסים (מורסות) חוזרות
	15.2 נשאות ומחלת איידס
	15.3 שחפת (טוברקולוזיס)
	15.4 מלריה
	15.5 פוליו (פוליאומיאליטיס)
	15.6 אחר

הצהרה: אני החתום מטה אשר את חיי יש לבטח, מצהיר בזה שכל תשובתי הנ"ל הן נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלונים/זה/אלו מהווה/ים חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח חיים, ובמקרה ותשובתי אינן נכונות ומלאות, במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

חתימת המועמד לביטוח	שם העד לחתימה	מס' זהות של העד	חתימת העד	תאריך
---------------------	---------------	-----------------	-----------	-------

הצהרת המועמד לביטוח



020102204

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	שם הסוכן	מס' הסוכן	מספר פוליסה
----------	---------	----------	----------	-----------	-------------

הערות:

18. מצבים גניקולוגיים ומחלות נשים

לא	כן	
		18.1 הפרעות במחזור החודשים
		18.2 הפלות חוזרות בטרימסטר ראשון
		18.3 רחם שרירי ו/או ממצאים ברחם
		18.4 דימומים חוזרים מהנתיק ללא קשר לווסת
		18.5 הריון מחוץ לרחם
		18.6 אנדומטריאוזיס (קיימת ריית רחם מחוץ לרחם)
		18.7 זיהומים חוזרים ברחם, בחצוצרה ובשחלות
		18.8 סיבוכים בזמן הריון
		18.8.1 שמירת הריון
		18.8.2 לחץ דם גבוה
		18.8.3 סכרת הריונית (יש למלא שאלון סכרת)
		18.9 ממצאים שפירים בשדיים ב-5 השנים האחרונות
		- האם עברת ביופסיה או הסרת גידול (נא לצרף דו"ח היסטולוגי)
		18.10 ממצאים שפירים ברחם ב-5 השנים האחרונות
		- האם עברת ביופסיה או הסרת גידול (נא לצרף דו"ח היסטולוגי)
		18.11 ממצאים שפירים בשחלות ב-5 השנים האחרונות
		- האם עברת ביופסיה או הסרת גידול (נא לצרף דו"ח היסטולוגי)
		18.12 אחר

19. מחלות רקמות חיבור, פרקים, אוסטופורוזה

לא	כן	
		19.1 ראומטואיד ארטריטיס (דלקת פרקים)
		19.2 זאבת (לופוס)
		19.3 סקלרוזיס סיסטמי (סקלרוזמה)
		19.4 פולימיאלגיה ראומטיקה
		19.5 פוליאומיוזיטיס, דרמטופמיאוזיטיס
		19.6 וסקוליטיס
		19.7 גאוט (היפראריזמיה, שיגדון)
		19.7.1 מתי היה התקף אחרון חודש _____ שנה _____
		19.8 אוסטאופורוזה
		19.8.1 שברים אוסטופורוטיים
		19.8.2 אוסטופורוזה משנית
		19.8.3 אוסטופורוזה ראשונית, קשורה לגיל
		19.8.4 נלקח או הומלץ על טיפול תרופתי:
		<input type="checkbox"/> אויסטה Evista
		<input type="checkbox"/> קלטרט Caltrate
		<input type="checkbox"/> פוסלן Fosalan
		<input type="checkbox"/> אחר
		19.9 אוסטאואטריטיס
		19.10 אחר

הצהרה:

אני החתום מטה אשר את חיינו יש לבטח, מצהיר בזה שכל תשובתי הנ"ל הן נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלונים זה/אלו מהווה/ים חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח חיים, ובמקרה ותשובתי אינן נכונות ומלאות, במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

תחיתת המועמד לביטוח	שם העד לחתימה	מס' זהות של העד	חתימת העד	תאריך
---------------------	---------------	-----------------	-----------	-------

"אפי" 02/06/09-09/0024