

יש להשיב תשובות מלאות וכנות לשאלות המופיעות מטה. התשובות ישמשו יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. אם לא יענו באופן מלא וכנה, תוכל להיות לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח. חתימתי למטה מאשרת כי התשובות המפורטות בשאלונים הן מלאות וכנות וניתנו מרצוני החופשי.

1. שאלון עיניים

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהיתה לך או קיימת כיום בעיניים?

☐ קטרקט	☐ פזילה
☐ האם עברת ניתוח?	☐ האם עברת ניתוח?
☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
☐ האם הבעיה עדיין קיימת?	☐ האם הבעיה עדיין קיימת?
☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
☐ גלאוקומה (לחץ תוך עיני)	☐ ניתוח לייזר לתיקון הראייה
☐ היפרדות רשתית	☐ מתי בוצע הניתוח, בתאריך.....
☐ קרטוקונוס	☐ האם נותרו סיבוכים לאחר הניתוח? ☐ לא ☐ כן
☐ צניחת עפעפיים	☐ חסימה בצינור הדמעות
☐ פטריגיום	☐ האם עברת ניתוח?
☐ האם עברת ניתוח?	☐ לא ☐ כן, בתאריך.....
☐ האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ לא ☐ כן	☐ האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ לא ☐ כן
☐ ליקוי ראייה (מספר עדשה גבוה מ-8)	☐ עין עצלה
☐ מס' עדשה.....	☐ האם טופלה?
☐ כילזין	☐ באיזה גיל טופלה?.....
☐ האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ לא ☐ כן	☐ האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ לא ☐ כן
☐ עיוורון	☐ רטיניטיס פיגמנטוזה
☐ מה הגורם לעיוורון?	☐ אובאיטיס*
☐ בעיה מולדת ☐ תאונה ☐ מחלה*	*בבקשה לצרף מכתב עדכני מרופא העיניים עם התייחסות למחלה והטיפול המומלץ
☐ באיזו עין?	☐ תופעה/בעיה אחרת בעיניים*
☐ שתי העיניים ☐ עין ימין ☐ עין שמאל	*במקרה של בעיה אחרת שלא מפורטת בשאלון, בבקשה לצרף מכתב מרופא העיניים עם פרוט האבחנה, ואופן הטיפול

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך



^dt2420

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהייתה לך או קיימת כיום באף ו/או באוזן ו/או בגרון?

☐ שקדים	☐ האם עברת ניתוח?	☐ לא ☐ כן	☐ ליקוי שמיעה
☐ דלקות גרון חוזרות (יותר מ-4 בשנה)			☐ בבקשה לציין מה הגורם:
☐ שקד שלישי (אדנואידים)			☐ פציעה/מום מולד
☐ האם עברת ניתוח?	☐ לא ☐ כן, בתאריך.....		באיזו אוזן? ☐ אוזן ימין ☐ אוזן שמאל ☐ שתי האוזניים
☐ יבלות במיתרי הקול			☐ גיל.....
☐ פוליפ באף			☐ סיבה אחרת:.....
☐ קונכיית מוגדלות			☐ חירשות
☐ נחירות			☐ בבקשה לציין מה הגורם:
☐ תסמונת דום נשימה בשינה (SLEEP APNEA)			☐ פציעה/מום מולד
☐ סינוסיטיס			באיזו אוזן? ☐ אוזן ימין ☐ אוזן שמאל ☐ שתי האוזניים
☐ מתי היה ההתקף האחרון, תאריך.....			☐ גיל.....
☐ כמה התקפים היו ב-5 השנים האחרונות?.....			☐ סיבה אחרת:.....
☐ סטיית מחיצת אף			☐ טיטון
☐ האם עברת ניתוח?	☐ לא ☐ כן, בתאריך.....		☐ ורטיגו
☐ האם הבעיה עדיין קיימת?	☐ לא ☐ כן		☐ ניתוח פלסטי באף
☐ נוזלים באוזניים / דלקות אוזניים חוזרות (יותר מ-4 דלקות בשנה)			☐ קרע בעור התוף
☐ מתי היה האירוע האחרון, תאריך.....			☐ בבקשה לציין מה הגורם: ☐ דלקת ☐ פציעה
☐ האם עברת ניתוח (כפתורים)? ☐ לא ☐ כן			☐ האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ לא ☐ כן
☐ האם הבעיה עדיין קיימת?	☐ לא ☐ כן		☐ נוירומה אקוסטית (גידול בעצב השמע)
			☐ תופעה/בעיה אחרת הקשורה לאף-אוזן-גרון*

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר תעודת זהות	חתימה
3. שאלון אסטמה ודרכי הנשימה מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהייתה או קיימת לך כיום בריאות ו/או בדרכי הנשימה? ☐ אסטמה ☐ האם קיימת הפרעה בתפקודי הריאות? ☐ לא ☐ כן* ☐ האם מטופל? ☐ לא ☐ כן ☐ טיפול בהתאם לצורך בלבד (לדוגמא משאף) ☐ טיפול קבוע (כדורים, או טיפול אחר) ☐ מתי היה ההתקף האחרון, תאריך..... *במידה ומחלת האסטמה מלווה בתפקודי ריאות לא תקינים בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל בצירוף תוצאות תפקודי ריאות			
תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר תעודת זהות	חתימה

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהייתה או קיימת לך כיום בריאות ו/או בדרכי הנשימה?

בכל מקרה של תשובה חיובית לאחת או יותר מהאבחנות הבאות - בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל בצירוף תוצאות בדיקות תפקודי ריאות

☐ אמפיזמה

☐ מחלת ריאות חסימתית כרונית (COPD)

☐ תופעה / בעיה אחרת בריאות

☐ אסטמה

☐ האם קיימת הפרעה בתפקודי הריאות? ☐ לא ☐ כן*

☐ האם מטופל? ☐ לא ☐ כן

☐ טיפול בהתאם לצורך בלבד (לדוגמא משאף)

☐ טיפול קבוע (כדורים, או טיפול אחר)

☐ מתי היה ההתקף האחרון, תאריך:

***במידה ומחלת האסטמה מלווה בתפקודי ריאות לא תקינים בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל בצירוף תוצאות תפקודי ריאות**

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר תעודת זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------------	-------

4. שאלון לב

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהייתה לך או קיימת כיום בלב?

- ☐ התקף לב (אוטם בשריר הלב)
- ☐ צנתור
- ☐ מחלת לב איסכמית / אנגינה פקטוריס
- ☐ ניתוח מעקפים
- ☐ הפרעות קצב לב (פלפיטציות)
- ☐ מחלות מסתמים:
- באיזה מסתם קיימת הבעיה?
- ☐ מיטראלי ☐ פולמונו (ריאתי) ☐ אאורטלי ☐ טריקוספידלי
- ☐ יותר ממסתם אחד
- ☐ ASD
- ☐ VSD
- ☐ PFO
- ☐ איוושה* / "רשרוש" בלב*
- *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
- ☐ קרדיומיופתיה
- ☐ אי-ספיקת לב
- ☐ מחלת/ בעיית לב אחרת

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

5. שאלון יתר לחץ דם

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

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

6. שאלון כולסטרול טריגליצרידים

- ☐ כולסטרול - מה הערך עדכני?
- ☐ טריגליצרידים - מה הערך עדכני?

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

7. שאלון כלי דם

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהייתה לך או קיימת כיום בכלי הדם?

- ☐ דליות בווריד 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*

***במקרה של בעיה אחרת שלא מפורטת בשאלון, בבקשה לצרף מכתב מרופא עם פרוט האבחנה, ואופן הטיפול**

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

8. שאלון FMF קדחת ים תיכונית

1. האם הנך מטופל/ת? ☐ לא ☐ כן
2. מתי התגלתה המחלה? בתאריך:.....
3. בבקשה לציין את מספר ההתקפים בשנה האחרונה.

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך



^dt2420

☐ אבנים בדרכי כיס המרה	☐ הליקובקטר פילורי
☐ האם עברת ניתוח?	☐ אולקוס (כיב) בקיבה
☐ לא ☐ כן	☐ האם עברת ניתוח?
☐ האם הוצא כיס המרה?	☐ לא ☐ כן, בתאריך:
☐ לא ☐ כן	☐ מתי היה האירוע/ההתקף האחרון, תאריך:
☐ קריון	☐ אולקוס (כיב) בתריסריון
☐ האם עברת ניתוח?	☐ האם עברת ניתוח?
☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן, בתאריך:
☐ מתי היה האירוע/ההתקף האחרון, תאריך:	☐ מתי היה האירוע/ההתקף האחרון, תאריך:
☐ האם הנך מטופל/ת תרופתית?	☐ גסטריטיס
☐ לא	☐ מתי היה האירוע/ההתקף האחרון, תאריך:
☐ כן, יש לציין את סוג הטיפול	☐ רפלוקס בדרכי העיכול
☐ סטרואידים	☐ מתי היה האירוע/ההתקף האחרון, תאריך:
☐ אחר	☐ מעי רגיש
☐ קוליטיס	☐ חסימת מעיים*
☐ האם עברת ניתוח?	*בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המציין אבחנה והטיפול המומלץ
☐ לא ☐ כן	☐ פוליפים במערכת העיכול
☐ מתי היה האירוע/ההתקף האחרון, תאריך:	☐ האם עברת ניתוח?
☐ האם הנך מטופל/ת תרופתית?	☐ לא ☐ כן, בתאריך:
☐ לא	☐ האם הממצא שפיר (לא ממאיר)? ☐ לא ☐ כן
☐ כן, יש לציין את סוג הטיפול	☐ ניתוח להפחתת משקל (קיצור קיבה, טבעת, בלון וכדומה)
☐ סטרואידים	☐ צליאק
☐ אחר	
☐ בעיה/תופעה אחרת במערכת העיכול*	

***במקרה של בעיה אחרת שלא מפורטת בשאלון, בבקשה לצרף מכתב מרופא עם פרוט האבחנה, ואופן הטיפול**

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר תעודת זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------------	-------

☐ צהבת או נשאות של נגיף הצהבת (הפטיטיס) מסוג:	☐ בכל מקרה של תשובה חיובית לאחת או יותר מהאבחנות הבאות בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל, תוצאות מעודכנות של בדיקות תפקודי כבד וסרולוגיה
☐ צהבת A	☐ שחמת
☐ האם תפקודי ואנזימי הכבד תקינים? ☐ לא ☐ כן	☐ הפרעה בתפקודי כבד מסיבה לא ידועה
☐ צהבת B	☐ השתלת כבד
☐ צהבת C	☐ מחלה או תופעה אחרת בכבד
☐ צהבת ילודים	☐ כבד שומני
☐ האם הבעיה עדיין קיימת?	☐ האם תפקודי ואנזימי הכבד תקינים? ☐ לא* ☐ כן
☐ צהבת מסוג אחר*	

***בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל ותוצאות מעודכנות של בדיקות תפקודי הכבד וסרולוגיה**

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר תעודת זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------------	-------



☐ גידול שפיר	☐ יתר פעילות
☐ גידול ממאיר*	☐ ציסטה
☐ בבקשה לצרף מכתב עדכני מהאונקולוג המתייחס לממאירות, הטיפול שניתן, מועד סיום טיפולים והמצב העדכני	☐ גויטר (זפק)
☐ תת פעילות	☐ קישרית בבלוטה
☐ השימטו	☐ בעיה / תופעה אחרת בבלוטת התריס*
*במקרה של בעיה אחרת שלא מפורטת בשאלון, בבקשה לצרף מכתב מרופא עם פרוט האבחנה, ואופן הטיפול	

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

12. שאלון סוכרת

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

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

13. שאלון כליות ודרכי השתן

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהייתה לך או קיימת כיום הקשורה בכליות ודרכי השתן:

☐ דלקות חוזרות בדרכי השתן (מעל 4 אירועים בשנה)	☐ כליה בודדת
■ מתי היה האירוע האחרון, תאריך	■ בבקשה לפרט את הסיבה
■ האם תפקודי הכליות תקינים? ☐ לא ☐ כן	☐ מולד ☐ ניתוח תרומה ☐ סיבה אחרת*
☐ רפלקס דרכי השתן	*בבקשה לצרף מכתב עדכני מנפרולוג מטפל ותוצאות תפקודי כליה
■ האם תפקודי הכליות תקינים? ☐ לא ☐ כן	■ האם תפקודי הכליות תקינים? ☐ לא ☐ כן
☐ אבנים בכליות ו/או בדרכי השתן	בכל מקרה של תשובה חיובית לאחת או יותר מהאבחנות הבאות בבקשה לצרף תוצאות בדיקת תפקודי כליות, ומכתב עדכני מנפרולוג מטפל:
■ האם בעיית האבנים בכליות עדיין קיימת כיום? ☐ לא ☐ כן	☐ אי ספיקת כליות
■ האם תפקודי הכליות תקינים? ☐ לא ☐ כן	☐ תסמונת נפורטית
■ מתי היה האירוע האחרון, תאריך	☐ ציסטות בכליות
☐ שלפוחית "רגיזה"	☐ מושתל/ת כליה
☐ דליפת שתן	☐ כליות פוליציסטיות
■ האם עברת ניתוח? ☐ לא ☐ כן	
■ האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ לא ☐ כן	
☐ צניחת שלפוחית שתן	☐ בעיה / תופעה אחרת בכליות ודרכי השתן*
■ האם עברת ניתוח? ☐ לא ☐ כן	*בבקשה לצרף מכתב מרופא עם פרוט האבחנה, ואופן הטיפול
■ האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ לא ☐ כן	

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך



dt2420

1. מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהייתה לך או קיימת כיום הקשורה בבלוטת הערמונית

☐ גידול ממאיר*

*בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא אודות הטיפול שניתן, מועד סיום טיפולים והמצב העדכני

☐ גידול שפיר

☐ בלוטה מוגדלת

2. האם ידועה לך רמת ה-PSA? ☐ לא ☐ כן, מה הערך?

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר תעודת זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------------	-------

15. שאלון נשים

1. רחם וצוואר הרחם	3. שחלות
--------------------	----------

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה הקשורה ברחם וצוואר הרחם?

☐ ציסטה / גידול שפיר

☐ האם עברת כריתת רחם? ☐ לא ☐ כן

☐ מיומה

☐ האם עברת כריתת רחם? ☐ לא ☐ כן

☐ צניחת רחם

☐ מחלת צוואר הרחם / CIN

☐ דימום רחם

☐ סרטן ברחם/ סרטן צוואר הרחם*

*בבקשה לצרף מכתב עדכני מהאונקולוג המתייחס לממאירות, הטיפול שניתן, מועד סיום הטיפולים והמצב העדכני

☐ בעיה / תופעה אחרת ברחם*

*במקרה של בעיה אחרת ברחם שלא מפורטת בשאלון, בבקשה לצרף מכתב מרופא עם פרוט האבחנה, ואופן הטיפול

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה הקשורה בשחלות?

☐ ציסטה / גידול שפיר

☐ באיזה צד: ☐ ימין ☐ שמאל ☐ דו צדדי

☐ מתי התגלתה הבעיה, תאריך:

☐ האם ציסטה אחת/גידול שפיר אחד ☐ לא ☐ כן

☐ האם עברת כריתת שחלה/ות? ☐ לא ☐ כן

☐ שחלות פוליציסטיות

☐ סרטן בשחלה*

*בבקשה לצרף מכתב עדכני מהאונקולוג המתייחס לממאירות, הטיפול שניתן, מועד סיום טיפולים והמצב העדכני

☐ בעיה / תופעה אחרת בשחלות*

*במקרה של בעיה אחרת בשחלות, בבקשה לצרף מכתב מרופא עם פרוט האבחנה, ואופן הטיפול

2. שדיים	4. חצוצרות
----------	------------

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה הקשורה בשדיים?

☐ שדיים פיברוציסטיים

☐ ציסטה / גידול שפיר

☐ באיזה צד: ☐ ימין ☐ שמאל ☐ דו צדדי

☐ מתי התגלה, תאריך:

☐ האם ציסטה אחת/גידול שפיר אחד ☐ לא ☐ כן

☐ הגדלת חזה

☐ הקטנת חזה

☐ סרטן השד*

*בבקשה לצרף מכתב עדכני מהאונקולוג המתייחס לממאירות, הטיפול שניתן, מועד סיום הטיפולים והמצב העדכני

☐ כריתת שדיים מניעתית - ניתוח בעבר או המלצה לניתוח

☐ בעיה / תופעה אחרת בשדיים*

*במקרה של בעיה אחרת בשדיים, בבקשה לצרף מכתב מרופא עם פרוט האבחנה, ואופן הטיפול

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה הקשורה בחצוצרות?

☐ ציסטה / גידול שפיר

☐ באיזה צד: ☐ ימין ☐ שמאל ☐ דו צדדי

☐ מתי התגלתה הבעיה, תאריך:

☐ האם ציסטה אחת/גידול שפיר אחד ☐ לא ☐ כן

☐ האם עברת כריתת חצוצרה/ות? ☐ לא ☐ כן

☐ סרטן בחצוצרה*

*בבקשה לצרף מכתב עדכני מהאונקולוג המתייחס לממאירות, הטיפול שניתן, מועד סיום טיפולים והמצב העדכני

☐ בעיה / תופעה אחרת בחצוצרות*

*במקרה של בעיה אחרת בחצוצרות, בבקשה לצרף מכתב מרופא עם פרוט האבחנה, ואופן הטיפול

5. אחר

☐ היריון מחוץ לרחם ☐ הידבקויות בחלל הבטן

☐ אנדומטריוזיס

☐ הפלות - האם מדובר ב:

☐ אירוע אחד

☐ הפלות חוזרות (יותר מ-3 בשנה)

☐ בעיה/תופעה גניקולוגית אחרת*

*בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המציין אבחנה מדויקת והטיפול המומלץ

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר תעודת זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------------	-------



16. שאלון גידולי עור, נגעי עור ומחלות עור

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה הקשורה בעור?

☐ גידול ממאיר (סרטן) בעור/ מלנומה*

***בבקשה לצרף מכתב עדכני מהאונקולוג המתייחס לממאירות, הטיפול שניתן, מועד סיום טיפולים והמצב העדכני**

☐ גידולי עור מסוג BCC

☐ גידולי עור מסוג SCC

☐ גידול עור שפיר (נבוס), כמה גידולים היו?

☐ גידול שומני (ליפומה)

■ האם ממצא בודד? ☐ לא ☐ כן

■ האם הוסר? ☐ לא ☐ כן

☐ ריבוי "נקודת חן" עם המלצה למעקב רפואי

☐ קיימת המלצה להסרת נגע עורי / "נקודת חן" שלא מסיבה קוסמטית

☐ לופוס (זאבת) עורי

☐ פסוריאזיס

■ האם ישנה פגיעה במפרקים? ☐ לא ☐ כן

■ האם קיים טיפול בסטרואידים? ☐ לא ☐ כן

☐ אטופיק דרמטיטיס (אסטמה של העור)

☐ ויטילגו

☐ בעיה/אבחנה אחרת בעור*

***במקרה של בעיה אחרת בעור שלא מפורטת בשאלון, בבקשה לצרף מכתב מרופא עם פרוט האבחנה, ואופן הטיפול**

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר תעודת זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------------	-------

17. שאלון ירידה בצפיפות העצם

האם סבלת משברים ב-3 שנים האחרונות? ☐ לא ☐ כן - בבקשה למלא שאלון שברים [18]

שאלון זה מתייחס לירידה בצפיפות העצם בכל דרגה (אוסטאופניה, אוסטאופורוזיס וכדומה)

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר תעודת זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------------	-------

18. שאלון עצמות ושברים

1. באיזה איבר קיימת הבעיה?

☐ אגן ירכיים

☐ אף

☐ אצבעות ידיים

☐ בהונות רגליים

☐ ברך ימין

☐ ברך שמאל

☐ יד ימין

☐ יד שמאל

☐ כף-יד ימין

☐ כף-יד שמאל

☐ כף רגל ימין

☐ כף רגל שמאל

☐ כתף ימין

☐ כתף שמאל

☐ שתי כתפיים

☐ מפרק ירך ימין

☐ מפרק ירך שמאל

☐ מרפק ימין

☐ מרפק שמאל

☐ צלעות

☐ קרסול ימין

☐ קרסול שמאל

☐ ראש / גולגולת

☐ רגל ימין

☐ רגל שמאל

☐ שורש כף יד ימין

☐ שורש כף יד שמאל

☐ עמוד שידרה צווארי (C1-C7)

☐ עמוד שידרה גבי (T1-T12)

☐ עמוד שידרה מותני תחתון (L1-L5)

☐ אחר

2. מהי המחלה, התופעה או הפרעה בעצמות?

☐ שברי מאמץ

☐ שבר

☐ מחלה, בעיה או תופעה אחרת בעצמות*

***בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל כולל אבחנה, טיפול והערכה על התפקוד היומיומי**

■ האם חלפה חצי שנה מהשבר?

■ האם נותרו כאבים, מגבלה או נכות עקב השבר?

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר תעודת זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------------	-------



dt2420

1. באיזה איבר קיימת בעיית המפרקים?

- ☐ כתף ימין ☐ כתף שמאל
☐ שורש כף יד ימין ☐ שורש כף יד שמאל
☐ קרסול ימין ☐ קרסול שמאל

2. מה הבעיה במפרקים?

☐ נקע (בקרסול)

- ☐ האם הנקע עדיין קיים? ☐ לא ☐ כן
☐ כמה נקעים אירעו באותו קרסול עד היום? ..
☐ כמה זמן עבר מהאירוע האחרון? ..
☐ 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
☐ אוסטיאוארטריטיס (מחלת פרקים ניוונית OA)
☐ מחלה, בעיה או תופעה אחרת במפרקים*

***במקרה של בעיה אחרת במפרקים שלא מפורטת בשאלון, בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל עם הערכה למפרקים הפגועים על תפקוד היומיומי והטיפול שניתן**
****במקרה של שבר יש למלא שאלון שברים**

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

20. שאלון ברכיים

1. באיזו ברך הבעיה?

☐ ברך ימין ☐ ברך שמאל ☐ שתי הברכיים

2. מה הבעיה בברך?

☐ פריקה

☐ קרע ברצועה צולבת

☐ 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*

***במקרה של בעיה אחרת בברכיים שלא מפורטת בשאלון, בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל המפרט אבחנה לבעיה בברכיים, מתייחס לתפקוד היומיומי והטיפול שניתן**

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

21. שאלון גב ועמוד שדרה

1. מהי המחלה, התופעה או ההפרעה ממנה אתה סובל/סבלת?

☐ בלט או פריצת דיסק

☐ עקמת

☐ 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?

☐ צווארי (C1-C7) ☐ גבי (T1-T12) ☐ מותני תחתון (L1-L5)

****במקרה של שבר יש למלא שאלון שברים**

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך



^dt2420

1. האם מטופל/ת כיום בטיפול תרופתי? ☐ לא ☐ כן
2. האם טופלת בעבר בטיפול תרופתי? ☐ לא ☐ כן
3. מתי היה ההתקף האחרון, תאריך
4. כמה התקפים בחודש?

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר תעודת זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------------	-------

23. שאלון אשפוזים וניתוחים

1. מהי סיבת האשפוז או הניתוח?
- ☐ בעיה שדיווחת עליה בשאלות קודמות
- ☐ פגיעת ראש*
- *בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא אודות האשפוז / ניתוח, הטיפול שניתן והמצב כיום**
- ☐ ניתוח אפנדציט
- ☐ ניתוח הזעת יתר
- ☐ ניתוח להפחתת משקל (קיצור קיבה, טבעת, בלון וכדומה)
- ☐ ניתוח הגדלת חזה
- ☐ ניתוח קיסרי
- ☐ הפלה (אירוע בודד)
- ☐ ניתוח הסרת כיס מרה עקב אבנים
- ☐ דלקת קרום המוח*
- *בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המפרט את סיבת האשפוז/ ניתוח והמצב כיום**
2. האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ לא ☐ כן*
- *בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל**

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר תעודת זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------------	-------

24. 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 שידרה גבי
- ☐ עמוד שידרה מותני
- ☐ עמוד שידרה צווארי
- ☐ אגן הירכיים
- ☐ מפרק ירך ימין
- ☐ מפרק ירך שמאל
- ☐ ברך ימין
- ☐ ברך שמאל
- ☐ ברכיים
- ☐ קרסול ימין
- ☐ קרסול שמאל
- ☐ רגל ימין
- ☐ רגל שמאל
- ☐ כף רגל ימין
- ☐ כף רגל שמאל
- ☐ אחר
- ☐ ללא פגיעה באברים
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 תעודת זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------------	-------

האם אובחנת כסובל/ת מאחת או יותר מן המחלות?

☐ סכיזופרניה (שטעת)*☐ PTSD (פוסט טראומה)☐ האם היו ניסיונות התאבדות? ☐ לא ☐ כן***בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל בסכיזופרניה, המתייחס לחומרת המחלה, אופן הטיפול והשפעה על התפקוד היומיומי**☐ מניה דיפרסיה (מחלה אפקטיבית ביפולרית)☐ האם היו ניסיונות התאבדות? ☐ לא ☐ כן☐ האם מטופל/ת תרופתית? ☐ לא ☐ כן☐ מתי היה ההתקף האחרון, תאריך.....☐ דיכאון/חרדה☐ האם היו ניסיונות התאבדות? ☐ לא ☐ כן☐ מתי היה אירוע דיכאון/חרדה האחרון, תאריך.....☐ מחלת נפש אחרת****בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל בבעיה/במחלה האחרת, המתייחס לחומרת הבעיה/מחלה, אופן הטיפול והשפעה על התפקוד היומיומי**

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

26. שאלון עישון

בבקשה למלא את כמות הסיגריות בטבלה הבאה:

מבוסס ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
כמות סיגריות ליום שנוהג/ת לעשן					
חתימה					
שם + תאריך חתימה					

27. שאלון מחלות בני משפחה - לכיסוי מענקית זהב/סרסן

מהי המחלה שאובחנה אצל אחד או יותר מקרוביך מדרגה ראשונה בלבד (הורים/אחים)?

☐ סכרת☐ מחלת לב☐ כמה בני משפחה אובחנו?☐ אלצהיימר☐ סרטן השד☐ כמה בני משפחה אובחנו?☐ מהו גיל בת המשפחה בעת האבחון?☐ פרקינסון☐ סרטן שחלות☐ כמה בני משפחה אובחנו?☐ מהו גיל בן המשפחה בעת האבחון?☐ טרשת נפוצה☐ כמה בנות משפחה אובחנו?☐ כמה בני משפחה אובחנו?☐ מהו סוג הקרבה - האם אח תאום? ☐ לא ☐ כן☐ סרטן הערמונית (סרטן הפרוסטטה)☐ מהו סוג הקרבה - האם שני ההורים? ☐ לא ☐ כן☐ כמה בני משפחה אובחנו?☐ ניוון שרירים☐ סרטן מעי, כולל פוליפוזיס משפחתי☐ כמה בני משפחה אובחנו?☐ מהו גיל בני המשפחה בעת האבחון?☐ הנטינגטון☐ כליות פוליציסטיות☐ האם ביצעת בדיקות נוספות עקב היסטוריה משפחתית?☐ לא☐ כן☐ האם בדיקות תקינות? ☐ לא ☐ כן

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך



^dt2420

30. טחורים

1. האם עברת ניתוח? ☐ לא ☐ כן, בתאריך:
2. האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ לא ☐ כן

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

31. פיסורה

1. האם עברת ניתוח? ☐ לא ☐ כן, בתאריך:
2. האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ לא ☐ כן

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

32. בקע (הרניה)

1. בבקשה לציין מיקום ההרניה:

☐ מפשעה ימנית ☐ מפשעה שמאלית ☐ מפשעה דו צדדי ☐ טבור ☐ סרעפת

2. האם עברת ניתוח? ☐ לא ☐ כן, בתאריך:
3. האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ לא ☐ כן

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

33. שאלון סמים

1. מה סוג הסם?

☐ אחד מהבאים: חשיש, מריחואנה, גראס, קנאביס?
☐ סם אחר

2. האם השימוש רפואי (בהוראת הרופא)? ☐ לא ☐ כן*

3. האם משתמש/ת כיום? ☐ לא ☐ כן

4. מתי השתמשת בסמים בפעם האחרונה?

5. כמה פעמים בחודש?

*במקרה של שימוש בסמים לצורך רפואי, בבקשה לצרף מסמך עדכני מרופא הכולל את סיבת השימוש הרפואי בסמים, פירוט החומרה והמצב כיום

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

34. שאלון מחלות דם והפרעות קרישה

- מהי המחלה, התופעה או ההפרעה הקשורה למחלות דם?

☐ הפרעות קרישה: ☐ תלסמיה: ☐ תרומבוציטופניה
☐ נטייה לדימום ☐ מיינור ☐ הומוציטטאינמיה
☐ נטייה לקרישת יתר ☐ מייג'ור ☐ אנמיה
☐ מחלת דם אחרת*

*במקרה של מחלת דם/הפרעת קרישה אחרת שלא מפורטת בשאלון, בבקשה לצרף מכתב מרופא עם פרוט האבחנה, ואופן הטיפול

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך



dt2420

☐ הידרוצלה■ האם עברת ניתוח? ☐ לא ☐ כן■ האם הבעיה עדין קיימת? ☐ לא ☐ כן☐ וריקוצלה■ האם עברת ניתוח? ☐ לא ☐ כן■ האם הבעיה עדין קיימת? ☐ לא ☐ כן☐ אשך טמיר■ האם עברת ניתוח? ☐ לא ☐ כן■ האם הבעיה עדין קיימת? ☐ לא ☐ כן☐ סרטן האשכים****בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל במחלת הסרטן, ציון תאריך האבחון, STAGE, תוצאות היסטולוגיה, תאריך סיום הטיפולים והמצב כיום**

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

36. שאלון מומים מולדים

מהו המום המולד?☐ שפה שסועה■ האם עברת ניתוח? ☐ לא ☐ כן, בתאריך■ האם הבעיה עדין קיימת? ☐ לא ☐ כן☐ חך שסוע■ האם עברת ניתוח? ☐ לא ☐ כן, בתאריך■ האם הבעיה עדין קיימת? ☐ לא ☐ כן☐ אשך טמיר■ האם עברת ניתוח? ☐ לא ☐ כן, בתאריך■ האם הבעיה עדין קיימת? ☐ לא ☐ כן☐ לשון קשורה■ האם עברת ניתוח? ☐ לא ☐ כן, בתאריך■ האם הבעיה עדין קיימת? ☐ לא ☐ כן☐ SKIN TAG☐ מום מולד אחר****במקרה של מום מולד אחר שלא מפורט בשאלון, בבקשה לצרף מכתב מרופא עם פרוט האבחנה, ואופן הטיפול**

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

37. שאלון ילדים - לכיסוי מענקית זהב/סרטן

ברכישת כיסוי מחלות קשות לתינוק/ת עד גיל 6 חודשים, או ברכישת סכום ביטוח הגבוה מ-300,000 ₪ לתינוק/ת בגיל 12-6 חודשים, יש לענות על השאלות הבאות:

האם התינוק/ת:

1. נולד/ה פג/ה או שהה לאחר הלידה בפגיה? ☐ לא ☐ כן2. אושפז/ה בטיפול נמרץ או מחלקה אחרת (שאינה מחלקת ילודים)? ☐ לא ☐ כן3. ממתינה/ה לתוצאות בדיקות שבוצעו בביה"ח או הומלץ לבצע לאחר השחרור? ☐ לא ☐ כן4. בתהליך בירור/מעקב רפואי אצל רופא מומחה או מרפאת פגים? ☐ לא ☐ כן

5. האם, למיטב ידיעתך, הורים/אחים של התינוק/ת אובחנו במחלות הבאות:

■ סיסטיק פיברוזיס? ☐ לא ☐ כן■ קדחת ים תיכונית? ☐ לא ☐ כן■ מחלה תורשתית? ☐ לא ☐ כן■ איידס או נשאות לאיידס? ☐ לא ☐ כן**במקרה של תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות, בבקשה להעביר תעודה מהרופא המטפל המתייחס לבעיה בצירוף תוצאות בדיקות שנערכו בנושא**

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך



^dt2420

38. שאלון למחלות קשות - מענקית סרטן

ברכישת כיסוי מחלות קשות לתינוק/ת עד גיל 6 חודשים, או ברכישת סכום ביטוח הגבוה מ-300,000₪ לתינוק/ת בגיל 6-12 חודשים, יש לענות על השאלות הבאות:

האם התינוק/ת:

1. אושפז/ה בטיפול נמרץ או מחלקה אחרת (שאינה מחלקת ילודים)? ☐ לא ☐ כן

2. ממתינה/ה לתוצאות בדיקות שבוצעו בביה"ח או הומלץ לבצע לאחר השחרור? ☐ לא ☐ כן

3. בתהליך בירור/מעקב רפואי אצל רופא מומחה או מרפאת פגים? ☐ לא ☐ כן

במקרה של תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות, בבקשה להעביר תעודה מהרופא המטפל המתייחס לבעיה בצירוף תוצאות בדיקות שנערכו בנושא

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

39. שאלון קורונה

בבקשה לענות על השאלות הבאות, ובמידת הצורך להעביר מסמכים מתאימים

1. האם הנך נמצא כיום בבידוד? ☐ לא ☐ כן*

***אם הנך כעת בבידוד - בבקשה להעביר שאלון מעודכן בתום תקופת הבידוד**

2. האם הנך בהמתנה לביצוע בדיקה או לקבלת תוצאת בדיקה לאבחון מחלת הקורונה? ☐ לא ☐ כן*

***אם טרם קיבלת תשובות לבדיקת קורונה - בבקשה להעביר שאלון מעודכן לאחר קבלת התוצאות**

3. האם נמצאת חיובי בבדיקת קורונה (Covid-19)?

☐ לא

☐ כן, האם אובחנת בחודש האחרון? ☐ לא ☐ כן*

***נוכל להמשיך את תהליך החיתום כעבור חודש מהחלמה מלאה וחזרה לפעילות מלאה ובכפוף למכתב עדכני מהרופא כולל אישור החלמה, התייחסות למצב העדכני ותוצאות בדיקות שנעשו**

אם אובחנת במחלת הקורונה יש לענות גם על שאלות 4-5:

4. האם אושפזת או הומלץ לך על אשפוז? ☐ לא ☐ כן*

5. האם חזרת לפעילות מלאה ללא מגבלות, תסמינים, חולשה או כאבים, וללא צורך במעקב רפואי? ☐ לא* ☐ כן

***אם אושפזת, או עדיין סובלת/ת ממגבלה, תסמינים, חולשה או כאבים -**

בבקשה לצרף אישור החלמה מהרופא, תעודה רפואית עם התייחסות למצבך העדכני כולל תוצאות בדיקות שבוצעו ואת דו"ח האשפוז

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך



dt2420^

יש להשיב תשובות מלאות וכנות לשאלות המופיעות מטה. התשובות ישמשו יסוד לחוזה הביטוח בין לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
אם לא יענו באופן מלא וכנה, תוכל להיות לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.
חתימתי למטה מאשרת כי התשובות המפורטות בשאלונים הן מלאות וכנות וניתנו מרצוני החופשי.

1. שאלון תחביבים - ספורט מוטורי

1. מה סוג הספורט המוטורי?

- ☐ אופני הרים ☐ אופנועי שטח
- ☐ אופני כביש ☐ האם במסלול סגור? ☐ לא ☐ כן
- ☐ דאון היל ☐ מה נפח המנוע?
- ☐ טרקטורון ☐ כמה אירועים בשנה?
- ☐ ספורט מוטורי אחר*

*במקרה של ספורט מוטורי אחר שלא מפורט בשאלון בבקשה לצרף הצהרה באיזה סוג של ספורט מדובר

2. האם משתתפת/ת בתחרויות?

☐ לא ☐ כן

3. מה מספר הפעמים בשנה (בממוצע) שהינך עוסקת/ת בתחביב זה:

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר תעודת זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------------	-------

2. שאלון תחביבים - ספורט אווירי

1. מה סוג הספורט האווירי?

- ☐ אולטראלייט ☐ טרקטורון מעופף (בקאי)
- ☐ חניך טיסה ☐ טייס הליקופטר
- ☐ מצנחי רחיפה לא ממונעים ☐ דאייה לא ממונעת
- ☐ ספורט אווירי אחר* ☐ ממ"ג (מצנח ממונע גלגלי)
- ☐ טייס במטוסים קלים ☐ מצנח רחיפה ממונע
- ☐ גלישה אווירית ממונעת / לא ממונעת ☐ צניחה חופשית

*במקרה של ספורט אווירי אחר שלא מפורט בשאלון בבקשה לצרף הצהרה באיזה סוג של ספורט מדובר

2. האם משתתפת/ת בתחרויות?

☐ לא ☐ כן

3. מה מספר השעות השנתיות (בממוצע) שהינך עוסקת/ת בתחביב זה:

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר תעודת זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------------	-------

3. שאלון תחביבים - ספורט ימי

1. מה סוג הספורט הימי?

- ☐ אופנוע ים ☐ סקי מים
- ☐ גלשני רוח ללא מצנח (ים) ☐ גלשני רוח עם מצנח (קייטסרפינג)
- ☐ צלילה, ציין סוג צלילה: ☐ צלילה רגילה/ "כוכבים" (שאינה צלילה חופשית)
- ☐ צלילה טכנית טרימיקס ☐ צלילת הצלה / צלילת מערות / צלילת דיג / צלילה מקצועית כתחביב / צלילת הדרכה כתחביב
- ☐ צלילה חופשית
- ☐ ספורט ימי אחר*

*במקרה של ספורט ימי אחר שלא מפורט בשאלון בבקשה לצרף הצהרה באיזה סוג של ספורט מדובר

2. האם משתתפת/ת בתחרויות?

☐ לא ☐ כן

3. עד איזה עומק הינך צוללת/ת (במטרים)?

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר תעודת זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------------	-------



מה סוג התחביב?

☐ סנפלינג

☐ האם בארץ? ☐ לא ☐ כן

☐ כמה שעות שנתיות?

☐ טיפוס הרים

☐ האם בארץ? ☐ לא ☐ כן

☐ כמה שעות שנתיות?

☐ סקי שלג

☐ האם הנך משתתף/ת בתחרויות? ☐ לא ☐ כן

☐ רכיבה על סוסים

☐ האם הנך משתתף/ת בתחרויות? ☐ לא ☐ כן

☐ איש הברזל

☐ צייד / ירי במטווח

☐ ריצת מרתון

☐ גלישת מצוקים

☐ האם בארץ? ☐ לא ☐ כן

☐ כמה שעות שנתיות?

☐ טיפוס קירות (מלאכותיים)

☐ בנג'י

☐ כמה קפיצות בשנה?

☐ טריאתלון

☐ אומנות לחימה

☐ אייקדו ☐ קרטה ☐ טקוונדו ☐ טאיי צי

☐ צ'י קונג ☐ איגרוף ☐ MM ☐ ג'אן ג'סן

☐ קרב מגע ☐ ג'ודו ☐ קנדו ☐ סייף

☐ קונג פו ☐ קפוארה ☐ האבקות ☐ אגרוף תאילנדי

☐ ברזילאי

☐ אומנות לחימה אחרת*

*במקרה של אומנות לחימה אחרת שלא מפורטת בשאלון יש לצרף הצהרה המפרטת את סוג התחביב

☐ תחביב אחר*

*במקרה של תחביב אחר שלא מפורט בשאלון יש לצרף הצהרה המפרטת את סוג התחביב

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

5. ספורט מקצועני

1. מה סוג הספורט המקצועני?

☐ כדורסל

☐ כדורגל

☐ כדוריד

☐ כדורעף

☐ טניס

☐ ג'ודו

☐ היאבקות

☐ קרטה

☐ רכיבה על סוסים

☐ החלקה על הקרח

2. האם הנך מאמנת או מורה לספורט?

☐ לא ☐ כן

3. האם הנך עוסקת/בספורט?

☐ לא ☐ כן

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך



^dt2420

יש להשיב תשובות מלאות וכנות לשאלות המופיעות מטה. התשובות ישמשו יסוד לחוזה הביטוח בין לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. אם לא יענו באופן מלא וכנה, תוכל להיות לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח. חתימתי למטה מאשרת כי התשובות המפורטות בשאלונים הן מלאות וכנות וניתנו מרצוני החופשי.

1. שאלון מקצועי - טייס

1. האם יש רישיון טייס בתוקף? ☐ לא ☐ כן
 2. האם הטיסה צבאית? ☐ לא ☐ כן
 - ☐ האם הנך טייס/ת תובלה על בוינג או הרקולס? ☐ לא ☐ כן
 - מה סוג השירות? ☐ שירות סדיר ☐ שירות במילואים
 3. האם הטיסה אזרחית? ☐ לא ☐ כן
 - ☐ האם קו תעופה קבוע? ☐ לא ☐ כן
 4. מי המעסיק? ☐ אל-על ☐ ארקיע ☐ ישראיר ☐ אחר*
- *בבקשה לצרף הצהרה המפרטת את שם המעסיק**

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר תעודת זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------------	-------

2. שאלון מקצועי - שיט/סקיפר

1. סוג הרשיון שברשותך:
2. באילו כלי שיט הינך שט/ה.
3. היכן הינך שט/ה?
4. כמה אנשי צוות יש בכלי השיט?

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר תעודת זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------------	-------

