

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?

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

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך



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

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

\*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 |
|-------|--------------------|-----------------|-------|
|-------|--------------------|-----------------|-------|

3. שאלון אסטמה ודרכי הנשימה

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

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> אסטמה                                | <input type="checkbox"/> האם קיימת הפרעה בתפקודי הריאות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן* | <input type="checkbox"/> בכל מקרה של תשובה חיובית לאחת או יותר מהאבחנות הבאות - בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל בצירוף תוצאות בדיקות תפקודי ריאות |
| <input type="checkbox"/> האם מטופל?                           | <input type="checkbox"/> האם מטופל?   | <input type="checkbox"/> אמפיזמה   |
| <input type="checkbox"/> טיפול בהתאם לצורך בלבד (לדוגמא משאף) | <input type="checkbox"/> טיפול בהתאם לצורך בלבד (לדוגמא משאף)   | <input type="checkbox"/> מחלת ריאות חסימתית כרונית (COPD)  |
| <input type="checkbox"/> טיפול קבוע (כדורים, או טיפול אחר)    | <input type="checkbox"/> טיפול קבוע (כדורים, או טיפול אחר)  | <input type="checkbox"/> תופעה / בעיה אחרת בריאות  |
| <input type="checkbox"/> מתי היה ההתקף האחרון, תאריך: .....   | <input type="checkbox"/> 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)  איוושה\* / "רשרוש" בלב\*  
 צנתור  \*בבקשה לצרף תוצאות אקו לב  
 מחלת לב איסכמית / אנגינה פקטוריס  
 ניתוח מעקפים  
 הפרעות קצב לב (פלפיטציות)  
 מחלות מסתמים:  
 באיזה מסתם קיימת הבעיה?  
 מיטראלי  פולמונורי (ריאתי)  אאורטלי  טריקוספידלי  
 יותר ממסתם אחד  
 ASD  
 VSD  
 PFO

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

תאריך שם המועמד/ת לביטוח מספר תעודת זהות חתימה

#### 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

תאריך שם המועמד/ת לביטוח מספר תעודת זהות חתימה

#### 6. שאלון כולסטרול טריגליצרידים

- כולסטרול - מה הערך עדכני.....  
 טריגליצרידים - מה הערך עדכני.....

תאריך שם המועמד/ת לביטוח מספר תעודת זהות חתימה

#### 7. שאלון 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 / טרומבозה)  
 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**

תאריך שם המועמד/ת לביטוח מספר תעודת זהות חתימה

#### 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.....

תאריך שם המועמד/ת לביטוח מספר תעודת זהות חתימה



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

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

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

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





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

■ האם עברת כריתת חצוצרה/ות?  לא  כן

סרטן בחצוצרה\*

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 הפרעה הקשורה בעור?

גידול ממאיר (סרטן) בעור/ מלנומה\*

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

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)

ויטיליגו

בעיה/אבחנה אחרת בעור\*

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

**\*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?**

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

**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?  לא  כן

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

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



1. באיזה איבר קיימת בעיית המפרקים?

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

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**

תאריך      שם המועמד/ת לביטוח      מספר תעודת זהות      חתימה

20. 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 בברך?  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\*

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

תאריך      שם המועמד/ת לביטוח      מספר תעודת זהות      חתימה

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**

תאריך      שם המועמד/ת לביטוח      מספר תעודת זהות      חתימה





22. שאלון אפילפסיה

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\*
  - התייבשות
  - לידה
  - דלקת גרון (אירוע בודד)
  - דלקת אוזניים (אירוע בודד)
  - דלקת בדרכי השתן (אירוע בודד)
  - דלקת ריאות
  - דלקת דרכי הנשימה
  - ניתוח / אשפוז מסיבה אחרת\*
  - \*בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא אודות האשפוז / ניתוח, הטיפול שניתן והמצב כיום

| 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
  - גולגולת
  - שורש כף-יד ימין
  - שורש כף-יד שמאל
  - מרפק ימין
  - מרפק שמאל
  - יד ימין
  - יד שמאל
  - אצבעות ידיים
  - בהונות רגליים
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 |
|-------|--------------------|-----------------|-------|
|-------|--------------------|-----------------|-------|

35660.2 מסודר והראל



dt2420

האם אובחנת כסובלת/מאחת או יותר מן המחלות?

סכיזופרניה (שסעת)\*

**\*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 מטופלת/תרופתית?  לא  כן

■ מתי היה ההתקף האחרון, תאריך.....

דיכאון/חרדה

■ האם היו ניסיונות התאבדות?  לא  כן

■ מתי היה אירוע דיכאון/חרדה האחרון, תאריך.....

PTSD (פוסט טראומה)

■ האם היו ניסיונות התאבדות?  לא  כן

■ מתי היה ההתקף האחרון, תאריך.....

הפרעות אכילה (אנורקסיה, בולמיה וכדומה)

OCD הפרעה אובססיבית טורדנית

לחץ/מתח נפשי

■ מתי היה האירוע האחרון, תאריך.....

מחלת נפש אחרת\*

**\*בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל בבעיה/במחלה האחרת, המתייחס לחומרת הבעיה/מחלה, אופן הטיפול והשפעה על התפקוד היומיומי**

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

26. שאלון עישון

בבקשה למלא את כמות הסיגריות בטבלה הבאה:

| מבוסס ראשי                           | בן/בת זוג | ילד 1 | ילד 2 | ילד 3 | ילד 4 |
|--------------------------------------|-----------|-------|-------|-------|-------|
| <b>כמות סיגריות ליום שנוהגת לעשן</b> |           |       |       |       |       |
| <b>חתימה</b>                         |           |       |       |       |       |
| <b>שם + תאריך חתימה</b>              |           |       |       |       |       |

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

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

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> מחלת לב   | <input type="checkbox"/> סכרת   |
| ■ כמה בני משפחה אובחנו? .....  | ■ כמה בני משפחה אובחנו? .....   |
| <input type="checkbox"/> סרטן השד  | <input type="checkbox"/> אלצהיימר   |
| ■ כמה בנות משפחה אובחנו? .....   | ■ כמה בני משפחה אובחנו? .....   |
| ■ מהו גיל בת המשפחה בעת האבחון? .....  | ■ מהו גיל בן המשפחה בעת האבחון? .....   |
| <input type="checkbox"/> סרטן שחלות  | <input type="checkbox"/> פרקינסון   |
| ■ האם עברת כריתה מניעתית גורפת הכוללת שדיים, שחלות וחצוצרות? .....           | ■ כמה בני משפחה אובחנו? .....   |
| <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן                      | ■ מהו גיל בן המשפחה בעת האבחון? .....   |
| ■ כמה בנות משפחה אובחנו? .....   | <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה   |
| ■ מהו גיל בת המשפחה בעת האבחון? .....  | ■ כמה בני משפחה אובחנו? .....   |
| <input type="checkbox"/> סרטן הערמונית (סרטן הפרוסטטה)                       | ■ מהו סוג הקרבה - האם אח תאום? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן    |
| ■ כמה בני משפחה אובחנו? .....  | ■ מהו סוג הקרבה - האם שני ההורים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן |
| <input type="checkbox"/> סרטן מעי, כולל פוליפוזיס משפחתי                     | <input type="checkbox"/> ניוון שרירים   |
| ■ כמה בני משפחה אובחנו? .....  | ■ כמה בני משפחה אובחנו? .....   |
| ■ מהו גיל בני המשפחה בעת האבחון? .....                                       | <input type="checkbox"/> הנטינגטון  |
| <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות                                   |   |
| ■ האם ביצעת בדיקות נוספות עקב היסטוריה משפחתית? .....                        |   |
| <input type="checkbox"/> לא  |   |
| <input type="checkbox"/> כן  |   |
| ■ האם בדיקות תקינות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן |   |

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



**30. טחורים**

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

תאריך      שם המועמד/ת לביטוח      מספר תעודת זהות      חתימה

**31. פיטורה**

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

תאריך      שם המועמד/ת לביטוח      מספר תעודת זהות      חתימה

**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

תאריך      שם המועמד/ת לביטוח      מספר תעודת זהות      חתימה

**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

תאריך      שם המועמד/ת לביטוח      מספר תעודת זהות      חתימה

**34. שאלון מחלות דם והפרעות קרישה**

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה הקשורה למחלות דם?

- הפרעות קרישה:  תלסמיה:  תרומבוציטופניה
- נטייה לדימום  מיינור  הומוציסטיאינמיה
- 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

תאריך      שם המועמד/ת לביטוח      מספר תעודת זהות      חתימה



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 הטיפול והמצב כיום

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

36. שאלון מומים מולדים

מהו המום המולד?

שפה שסועה

.....  לא  כן, בתאריך .....

■ האם עברת ניתוח?  לא  כן

■ האם הבעיה עדין קיימת?  לא  כן

חך שסוע

.....  לא  כן, בתאריך .....

■ האם עברת ניתוח?  לא  כן

■ האם הבעיה עדין קיימת?  לא  כן

אשך טמיר

.....  לא  כן, בתאריך .....

■ האם עברת ניתוח?  לא  כן

■ האם הבעיה עדין קיימת?  לא  כן

לשון קשורה

.....  לא  כן, בתאריך .....

■ האם עברת ניתוח?  לא  כן

■ 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 פגה או שהה לאחר הלידה בפגיה?  לא  כן

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

3. ממתינה/ת לתוצאות בדיקות שבוצעו בביה"ח או הומלץ לבצע לאחר השחרור?  לא  כן

4. 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 12-6 חודשים, יש לענות על השאלות הבאות:

האם התינוק/ת:

1. אושפז/ה בטיפול נמרץ או מחלקה אחרת (שאינה מחלקת ילודים)?  לא  כן
2. ממתינה/ת 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 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 תחביבים - ספורט מוטורי**

**1. מה סוג הספורט המוטורי?**

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

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

**2. האם משתתפת/ בתחרויות?  לא  כן**

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

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

**2. שאלון תחביבים - ספורט אווירי**

**1. מה סוג הספורט האווירי?**

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

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

**2. האם משתתפת/ בתחרויות?  לא  כן**

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

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

**3. שאלון תחביבים - ספורט ימי**

**1. מה סוג הספורט הימי?**

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

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

**2. האם משתתפת/ בתחרויות?  לא  כן**

**3. עד איזה עומק הינך צוללת/ (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

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

5. ספורט מקצועני

1. מה סוג הספורט המקצועני?

- כדורסל  כדורגל
- ג'ודו  היאבקות
- 2. האם הנך מאמנת או מורה לספורט?  לא  כן
- 3. האם הנך עוסקת/ בספורט?  לא  כן
- טניס  כדורעף
- החלקה על הקרח  רכיבה על סוסים

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



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 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**

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

## 2. שאלון מקצועי - שיט/סקיפר

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

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

