

שאלוני חיתום להשלמת פרטים רפואיים

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	שם הסוכן	מס' הסוכן	מס' הפוליסה
----------	---------	----------	----------	-----------	-------------

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

השלמת פרטים לגבי מצב רפואי:

2.5	אסיד, LSD, פטריות הזייה או סם אחר ממשפחת הלוצינגנים		
2.6	מתדון, אדולן או תחליפי סם אחרים		
2.7	גז מזגנים, דבק או סם אחר ממשפחת הסמים המתאדים		
2.8	קוקאין, קראק, SNOW (סנו)		
2.9	מהי תדירות השימוש בסמים? ציין ופרט:		
	השנה	החודש	
3. נכות		כן	לא
3.1	האם קיימת נכות ממחלה כוללת הפרעה נפשית?		
3.2	האם קיימת נכות כתוצאה ממום מולד?		
3.3	האם קיימת נכות כתוצאה מתאונה?		
3.4	אחוז ידוע של נכות ציין ופרט:		

1. אלכוהול		כן	לא
1.1	האם קיימת הפרעה בתפקודי כבד?		
1.2	האם עברת או הומלץ לך לעבור תהליך של גמילה?		
1.3	במידה וכן, פרט כולל מתי _____		
2. סמים		כן	לא
2.1	מריחואנה, קנאביס, קנאביס רפואי, חשיש, WEED (ויד)		
2.2	הרואין, קודאין, מורפיום, מתדון, אופיום או סם אחר ממשפחת האופיאטים		
2.3	אקסטזי, MDMA, ספיד או סם אחר ממשפחת האמפטמינים		
2.4	סמים מדכאים ממשפחת הריטטים		

השלמת פרטים לגבי מחלות/הפרעות/בעיות רפואיות:

יש למלא שאלון זה בגין כל אחת מהמחלות/הפרעות/בעיות רפואיות שאובחנת:

שם המחלה/בעיה/הפרעה	שם המחלה/בעיה/הפרעה	שם המחלה/בעיה/הפרעה	שם המחלה/בעיה/הפרעה
מתי חלית במחלה/בעיה/הפרעה? _____ חודש _____ שנה	מתי חלית במחלה/בעיה/הפרעה? _____ חודש _____ שנה	מתי חלית במחלה/בעיה/הפרעה? _____ חודש _____ שנה	מתי חלית במחלה/בעיה/הפרעה? _____ חודש _____ שנה
האם המחלה עדיין פעילה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	האם המחלה עדיין פעילה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	האם המחלה עדיין פעילה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	האם המחלה עדיין פעילה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
מה הטיפול שהינך מקבל עכשיו בגינה? _____	מה הטיפול שהינך מקבל עכשיו בגינה? _____	מה הטיפול שהינך מקבל עכשיו בגינה? _____	מה הטיפול שהינך מקבל עכשיו בגינה? _____
האם החלמת? <input type="radio"/> כן מתי _____ חודש _____ שנה <input type="radio"/> לא	האם החלמת? <input type="radio"/> כן מתי _____ חודש _____ שנה <input type="radio"/> לא	האם החלמת? <input type="radio"/> כן מתי _____ חודש _____ שנה <input type="radio"/> לא	האם החלמת? <input type="radio"/> כן מתי _____ חודש _____ שנה <input type="radio"/> לא
האם הינך נמצא ברמסיה? <input type="radio"/> כן מתי _____ חודש _____ שנה <input type="radio"/> לא	האם הינך נמצא ברמסיה? <input type="radio"/> כן מתי _____ חודש _____ שנה <input type="radio"/> לא	האם הינך נמצא ברמסיה? <input type="radio"/> כן מתי _____ חודש _____ שנה <input type="radio"/> לא	האם הינך נמצא ברמסיה? <input type="radio"/> כן מתי _____ חודש _____ שנה <input type="radio"/> לא

כן	לא
4.5.2	טיפול תרופתי קבוע לאפילפסיה? <input type="radio"/> דפלט Depalept <input type="radio"/> דילנטין Dilantin <input type="radio"/> טגריטול Tegretol <input type="radio"/> טופאמאקס Topamax <input type="radio"/> אחר _____
4.6	שיתוק או חולשת שרירים
4.7	מיגרנה שנמצאה בבירור ע"י רופא מומחה או צילומי הדמיה
4.7.1	כמות התקפים בשנה _____ מתי התרחש ההתקף האחרון _____
4.7.2	האם חווית בעקות זה טשטוש ראייה, בחילות, הפסד ימי עבודה?

4. מערכת עצבים		כן	לא
4.1	האם אובחנת במחלות ו/או הפרעות הבאות? אירוע מוחי		
4.2	דלקת המח (אנצפליטיס) או דלקת קרום המח		
4.2.1	במהלך השנה האחרונה		
4.2.2	נשאר נזק מוחי או נזק אחר		
4.3	טרשת נפוצה (מולטיפל סקלרוזיס)		
4.4	מחלת פרקינסון		
4.5	אפילפסיה		
4.5.1	גראנד מאל		
	כמה התקפים/סימפטומים בשנה? _____		
	מתי היה ההתקף האחרון? _____		

הערות:

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 שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.

תאריך: _____ חתימת המועמד לביטוח X

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	שם הסוכן	מס' הסוכן	מס' הפוליסה
----------	---------	----------	----------	-----------	-------------

6.3	האם הנך צורך תרופות? במידה וכן, פרט:		
6.4	דיכאון		
6.5	ניסיון אובדני		
6.5	דו קוטביות		
6.7	חרדה, מתח		
6.7.1	קיימת הפרעה בתפקוד היומיומי?		
6.8	הפרעות אכילה, אנורקסיה, בולמיה		
6.9	סכיזופרניה, מאניה דיפרסיה		
6.10	הלם קרב, תסמונת פוסט טראומטית		
6.11	הפרעת אישיות טורדנית (OCD)		
6.12	טיפול בשיחות		
6.13	טיפול אחר? אם כן ציין ופרט:		
7.	מחלות דם ובעיות קרישה - האם אובחנת במחלות ו/או הפרעות הבאות?	לא	כן
7.1	אנמיה		
7.1.1	אנמיה מחוסר ברזל		
7.1.2	אנמיה מחוסר B12		
7.1.3	אנמיה מחוסר G6PD		
7.1.4	טלסמיה		
7.1.4.1	טלסמיה קשה (מאז'ור)		
7.1.4.2	טלסמיה קלה (מינור)		
7.1.5	אנמיה אפלסטית		
7.1.6	אנמיה חרמשית		
7.2	ריבוי כדוריות דם אדומות (פוליציטמיה)		
7.3	הפרעות קרישה, במידה וכן יש לצרף תוצאות תפקודי קרישה אחרונים שבוצעו		
7.4	הפרעות במערכת החיסון		
7.5	ריבוי בכדוריות דם לבנות (לאוקוציטוזיס)		
7.5.1	מיעוט כדוריות דם לבנות (לאוקופאניה)		
7.5.2	מיעוט טסיות (טרומבוציטפניה)		
7.5.3	ריבוי טסיות (טרומבוציטוזיס)		
7.5.4	טיפול תרופתי או רפואי. במידה וכן, פרט:		
8.	סכרת, שומנים בדם ובלוטת המגן - האם אובחנת במחלות ו/או הפרעות הבאות?	לא	כן
8.1	סכרת		
8.1.1	מועד גילוי מחלה חודש _____ שנה _____		
8.1.2	האם ניתן טיפול בכדורים? במידה וכן פרט _____		
8.1.3	האם ניתן טיפול באינסולין?		
8.1.4	רמת HbA1c (המוגלובין מסוכרר) ב-3 חודשים אחרונים. פרט: _____		

5.	לב, כלי דם ויתר לחץ דם האם אובחנת במחלות ו/או הפרעות הבאות?	לא	כן
5.1	מחלת לב		
5.1.1	מחלת לב מולדת		
5.1.2	כאבי חזה ממחלת לב (אנגינה פקטוריס)		
5.1.3	התקף לב		
5.1.4	הפרעת קצב הלב		
5.1.5	חסימה בהולכה בשריר הלב		
5.1.6	קרדיאומיופטיה		
5.1.7	הפרעה במסתמי הלב, אוושה		
5.1.8	אי ספיקת לב		
5.2	יתר לחץ דם		
5.2.1	פגיעה ברשתית העין		
5.2.2	פגיעה בשריר הלב		
5.2.3	פגיעה בכליות		
5.2.4	לחץ הדם הנוכחי _____		
5.2.5	נלקח או הומלץ טיפול תרופתי: <input type="radio"/> איקאקור Ikkacor <input type="radio"/> אוסקר Oscar <input type="radio"/> אלדומין Aldomin <input type="radio"/> אנאלפריל Enalapril <input type="radio"/> (אנדלדקס, קונברטין Convertin) Enaldex <input type="radio"/> דיזוטיאזיד Disothiazide <input type="radio"/> דרלין Deralin <input type="radio"/> ויזנופריל Vizanopril <input type="radio"/> ואזודיפ Vasodip <input type="radio"/> וסקייס Vaspace <input type="radio"/> טריטייס Tritace <input type="radio"/> ליפריסול Liprisol <input type="radio"/> נורמיטן Normiten (מורמלול Normalol) <input type="radio"/> נורווקס Norvax <input type="radio"/> פנדיל Penedil <input type="radio"/> קלוריל Kaloril <input type="radio"/> קרדילוק Cardilok (קונקור Concor) <input type="radio"/> קאדקס Cadex (קרדורל Cardoral) <input type="radio"/> אחר _____		
5.3	הפרעה בכלי הדם		
5.3.1	מפרצת באבי העורקים (אנאריזמה באאורטה)		
5.3.2	DVT		
5.3.3	פקקת ורידים (טרמבוזה)		
5.3.4	דליות, וורידים ברגליים		
5.3.5	מחלות כלי דם הקפיות (PVD)		
6.	מחלה נפשית - האם אובחנת במחלות ו/או הפרעות הבאות?	לא	כן
6.1	האם אובחנת בבעיה נפשית?		
6.2	האם אושפזת כתוצאה מכך? במידה וכן, מתי לאחרונה?		

הערות:

הצהרה: אני החתום מטה אשר את חייו יש לבטח, מצהיר בזה שכל תשובותי הנ"ל הן נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.

תאריך: _____ תחיתת המועמד לביטוח X

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	שם הסוכן	מס' הסוכן	מס' הפוליסה
----------	---------	----------	----------	-----------	-------------

9.5.1	תדירות התקפים ו/או אישפוזים ציין ופרט		
9.5.2	ניתן טיפול תרופתי קבוע, במידה וכן ציין ופרט		
9.6	דלקת כיבית של המעי (אוצרטיב קוליטיס)		
	○ קוליטיס אובחן עד שנה		
	○ קוליטיס אובחן עד שנתיים		
9.6.1	האם ניתן טיפול תרופתי קבוע, במידה וכן ציין ופרט		
9.6.2	האם עברת או הומלץ לך על ניתוח במידה וכן ציין ופרט		
9.6.3	כמות התקפים בשנה האחרונה ציין ופרט		
9.7	מחלה דיבריקטולרית של המעי הגס		
9.7.1	כמות התקפים בשנה האחרונה ציין ופרט		
9.7.2	כמות התקפים מעל השנה האחרונה ציין ופרט		
9.7.3	האם עברת או הומלץ לך על ניתוח במידה וכן ציין ופרט		
9.8	הפרעות הקשורות בפי הטבעת		
9.8.1	טחורים		
9.8.2	סדק בפי הטבעת (פיסורה)		
9.8.3	פתח עורי מפריש (פיסטולה) בפי הטבעת		
9.8.4	פילוידאל מורסה (אבצס)		
9.8.5	צניחה של הרקטום		
9.8.6	האם עברת או הומלץ לך על ניתוח במידה וכן ציין ופרט		
9.9	בקע (הרניה)		
9.9.1	בקע מפשעתי		
9.9.2	בקע בטני		
9.9.3	האם עברת או הומלץ לך על ניתוח במידה וכן ציין ופרט		
10	צהבת וכבד - האם אובחנת במחלות ו/או הפרעות הבאות?	כן	לא
10.1	הפרעה בתפקוד הכבד		
10.1.1	צהבת ויראלית או הפטיטיס A		
10.1.2	הפטיטיס נגיפי מסוג B		
10.1.3	הפטיטיס נגיפי מסוג C		
10.1.4	הפטיטיס אחר		
10.1.5	כבד שומני		
10.1.6	הגדלה של הכבד		
10.1.7	שחמת כבד (צירוזיס)		
10.1.8	המנגיומה בכבד		
10.1.9	מורסה (אבצס) בכבד		
10.1.10	ניתן טיפול תרופתי קבוע, במידה וכן ציין ופרט		

8.1.5	רמת סוכר ב- 3 חודשים האחרונים. פרט:		
8.1.6	קיימת פגיעה בעין / עיניים		
8.1.7	קיימת פגיעה בכליה / כליות		
8.1.8	קיימת פגיעה בתפקוד הלב		
8.1.9	זיהום, נמק או כיבים מתמשכים בעור		
8.1.10	הומלץ על כריתת גפה (רגל או יד)		
8.1.11	קיימת נירופאטיה או פגיעה בעצב הגפיים		
8.2	הפרעה בשומני הדם		
8.2.1	נלקח או הומלץ טיפול תרופתי		
	○ אזטרול Ezetrol		
	○ בזאפיבראט Bezafibrate		
	○ ציפופיבראט Ciprofibrate		
	○ ליפאנור Lipanor		
	○ סימבסטטין Simvastatin (סימבקור, סימוביל, סימבאקסין)		
	○ אחר		
8.3	הפרעה בתפקוד בלוטת התריס (המגן, הטיאראיד)		
8.3.1	תת פעילות בלוטת התריס (היפוטיירואיזם)		
8.3.2	פעילות יתר של בלוטת התריס (היפוטיירואידיזם)		
8.3.3	עיניים בולטות (אקסופטלמוס)		
8.3.4	אשפוז בהקשר של למחלת בלוטת התריס		
8.3.5	הגדלה של בלוטת התריס עם גושים מרובים (גויטר מולטינודולרי)		
9	מערכת העיכול - האם אובחנת במחלות ו/או הפרעות הבאות?	כן	לא
9.1	וושט		
9.1.1	החזר וושטי (רפלוקס)		
9.1.2	הצרות בוושט		
9.1.3	כיס בוושט		
9.1.4	דליות בוושט		
9.2	בקע סרעפתי		
9.2.1	וושט ע"ש ברט		
9.3	כיב קיבה ותריסריון		
9.4	מחלת קרוהן		
9.4.1	ניתן טיפול תרופתי קבוע, במידה וכן ציין ופרט		
9.4.2	יש מעורבות של המעי הדק		
9.4.3	קיימת היצרות של חלל המעי		
9.4.4	האם עברת או הומלץ לך על ניתוח במידה וכן ציין ופרט		
9.4.5	מעקב רפואי אחרון יותר מ-5 שנים		
9.4.6	מתי היה ההתקף האחרון, חודש _____ שנה _____		
9.5	תסמונת המעי הרגיז (IBW)		

הערות:

הצהרה: אני החתום מטה אשר את חייו יש לבטח, מצהיר בזה שכל תשובותי הנ"ל הן נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.

תאריך: _____ חתימת המועמד לביטוח x

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	שם הסוכן	מס' הסוכן	מס' הפוליסה
----------	---------	----------	----------	-----------	-------------

12.1.1	טיפול תרופתי קבוע לאסטמה? <input type="radio"/> בודיקורט Bodicort <input type="radio"/> בריקלין Bricalin <input type="radio"/> דיסקוס Diskus <input type="radio"/> ונטולין Ventolin <input type="radio"/> סימבקורט Symbicort <input type="radio"/> סינגוליר Singulair <input type="radio"/> פליקסטייד FLIXOTIDE <input type="radio"/> סרטייד Seretide <input type="radio"/> אחר _____	
12.1.2	התקף אסתמי בשנתיים האחרונות	
12.1.3	אישפוז בשל החמרה של אסטמה ב-3 שנים אחרונות (נא לצרף דו"ח אישפוז)	
12.2	דלקת ריאות חוזרת	
12.3	הרחבה קבועה של דרכי האוויר (ברונכאקטזיות)	
12.4	חזה אוויר ספונטני (פנאומוטורקס)	
12.4.1	פנאומוטורקס חוזר	
12.4.2	ניתוח כתוצאה מפנאומוטורקס	
12.5	סרקאודיזיס	
12.6	תסחיף ריאתי	
12.7	מחלה חסימתית כולל אמפיזמה (COPD)	
12.8	ברונכריטיס כרוני	
12.9	ציסטיק פיברוזיס	
12.10	שחפת (טוברקילוזיס)	
13	מחלות ראומטולוגיות ורקמת חיבור - האם אובחנת במחלות ו/או הפרעות הבאות?	כן לא
13.1	דלקת פרקים (ראומטיד ארטריטיס)	
13.2	זאבת (לופוס)	
13.3	סקלרודרמה (סקלרורזיס סיסטמי)	
13.4	פולימילאלגיה ראומטיקה	
13.5	פוליאומיזיטיס, דרמטופמיאזיטיס	
13.6	וסקוליטיס	
13.7	שיגדון, גאוט	
13.7.1	מתי היה התקף אחרון? חודש _____ שנה _____	
13.8	אוסטופוראזיס	
13.8.1	שברים אוסטופורטיים	
13.8.2	אוסטופורזיס משני	
13.8.3	אוסטופוראזיס ראשוני, קשור לגיל	
13.8.4	נלקח או הומלץ על טיפול תרופתי <input type="checkbox"/> אויסטה <input type="checkbox"/> קלטרט <input type="checkbox"/> פוסלן <input type="checkbox"/> אחר _____	

10.2	אבנים בכיס המרה		
10.2.1	בוצע ניתוח כריתת כיס מרה		
10.2.2	האם מועמד לניתוח כיס מרה		
10.3	דלקת הלב (פנקריאטיטיס)		
10.3.1	מתי היה ההתקף האחרון, חודש _____ שנה _____		
10.3.2	ניתן טיפול תרופתי קבוע, במידה וכן ציין ופרט _____		
10.4	הפרעות הקשורות לטחול		
10.4.1	טחול מוגדל		
10.4.2	כריתת טחול <input type="radio"/> כתוצאה ממחלה, ציין ופרט _____ <input type="radio"/> כתוצאה מתאונה, ציין ופרט _____		
11	כליות ודרכי השתן - האם אובחנת במחלות ו/או הפרעות הבאות?	כן לא	
11.1	כליה אחת חסרה או לא מתפקדת		
11.1.1	כתוצאה מתרומת כליה		
11.1.2	כליה יחידה מלידה		
11.1.3	מחלה		
11.2	אבנים בכליות ובדרכי השתן		
11.2.1	נמצאו אבנים דו צדדיות		
11.2.2	מתי היה ההתקף האחרון, חודש _____ שנה _____		
11.2.3	האם עברת הוצאת אבנים במידה וכן ציין ופרט _____		
11.2.4	היו אבני כליה בעבר, במידה וכן ציין ופרט _____		
11.2.5	האם הומלץ לך על הוצאת אבנים, ריסוק אבנים, אנדוסקופיה במידה וכן ציין ופרט _____		
11.2.6	ניתן טיפול תרופתי קבוע, במידה וכן ציין ופרט _____		
11.3	דלקות חוזרות בדרכי השתן		
11.3.1	יותר מ-3 אירועים בשנתיים האחרונות		
11.3.2	מתי היה ההתקף האחרון, חודש _____ שנה _____		
11.3.3	רפלוקס של דרכי השתן		
11.3.4	רפלוקס חוזר לאחר הניתוח		
11.4	ציסטה בכליה		
11.5	מחלת כליות כרונית		
11.6	כליה פוליציסטית, במידה וכן ציין ופרט _____		
12	דרכי נשימה ואסטמה - האם אובחנת במחלות ו/או הפרעות הבאות?	כן לא	
12.1	אסטמה		

הערות:

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 שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ משלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.

תאריך: _____ חתימת המועמד לביטוח x

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	שם הסוכן	מס' הסוכן	מס' הפוליסה
----------	---------	----------	----------	-----------	-------------

			15.3	עין עצלה	
			15.4	קראטוקונוס	
			15.5	הרפס בעיינים	
			15.6	קטרקט	
			15.7	היפרדות רשתית	
			15.8	גלאוקומה	
			15.9	פגיעה ברשתית העין	
			15.10	שימוש קבוע במשקפי ראייה (מעל 8)	
			16	אף אוזן וגרון - האם אובחנת במחלות ו/או הפרעות הבאות?	
			16.1	חירשות	
			16.1.1	חירשות בשתי אוזניים	
			16.1.2	ירידת שמיעה בשתי אוזניים	
			16.1.3	חירשות באוזן אחת	
			16.1.4	ירידת שמיעה באוזן אחת □ אוזן ימין □ אוזן שמאל	
			16.1.5	חירשות זמנית	
			16.1.6	חירשות לאחר ניתוח באוזן	
			16.1.7	איבוד שמיעה פתאומי	
			16.1.8	צפצופים באוזניים	
			16.1.9	דלקות אוזניים חוזרות	
			16.1.10	נקב קבוע בעור התוף	
			16.1.11	סחרחורות חוזרות מסוג ורטיגו ו/או חוסר שיווי משקל	
			16.1.12	מחלת מנייר	
			16.1.13	הרפס באזניים	
			16.1.14	שתל באוזן	
			16.2	אף וסינוסים	
			16.2.1	הפרעות הקשורות למחיצת האף	
			16.2.2	פוליפים במערכת האף (סינוסים)	
			16.2.3	סינוסיטיס חוזר	
			16.3	הפרעות בתפקוד בלוטת הרוק	
			16.4	לוע, גרון ויבלות במיתרי הקול	
			16.4.1	קיימת צרידות	
			16.4.2	דלקות חוזרות בגרון	
			16.5	הפרעה בתפקודי מפרק הלסת	

			13.9	מחלה ים תיכונית זיהומית (FMF)	
			13.10	מחלת כאב כרוני (פיברומיאלגיה)	
			13.11	אוסטאואטרטיס	
			13.12	האם ניתן טיפול תרופתי?	
			14	גב ועמוד שדרה - האם אובחנת במחלות ו/או הפרעות הבאות?	
			14.1	פריצת דיסק / בלט דיסק	
			14.1.1	עמוד שדרה צווארי	
			14.1.2	עמוד שדרה גבי	
			14.1.3	עמוד שדרה מותני	
			14.2	הצרות של תעלת השדרה (ספינל סטנזיס)	
			14.3	מתי היה התקף אחרון? חודש _____ שנה _____	
			14.4	תדירות התקפים בשנה? _____	
			14.5	הקרנת כאב הגב לרגליים (סיאטיקה)	
			14.6	ספונדיליטיס	
			14.7	ספונדילוליטיס בגב ובעמוד השדרה	
			14.8	עקמת	
			14.8.1	עקמת שנראית מהצד (קיפוזיס)	
			14.8.2	עקמת מעורבת (קיפוסקוליזיס)	
			14.8.3	השטחת הקימור הטבעי בגב התחתון (היפרלורדוזיס)	
			14.8.4	עקמת הנראית מאחור (סקוליאוזיס)	
			14.8.5	השטחה והבלטה של עצם החזה (הסטרנום)	
			14.8.6	עמוד שדרה בצורת קנה במבוק (אוניקולזיס סופנדיליטיס)	
			17.8.7	הפרעה וקושי בנשימה	
			14.9	ספינה ביפידה (פתוחה/סגורה)	
			14.10	העדרות של יותר משבועיים רצופים מהעבודה?	
			14.11	ניתוח גב	
			15	עייניים - האם אובחנת במחלות ו/או הפרעות הבאות?	
			15.1	עייניים	
			15.1.1	עיוורון	
			15.1.1.1	עיוורון בשתי עיניים	
			15.1.1.2	עיוורון חלקי בשתי עיניים	
			15.1.1.3	עיוורון בעין אחת □ ימין □ שמאל	
			15.1.1.4	עיוורון זמני חולף	
			15.1.1.5	עיוורון חלקי בעין אחת □ ימין □ שמאל	
			15.1.1.6	איבוד ראייה פתאומי	
			15.2	פזילה	

הערות:

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 שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.

תאריך: _____
חתימת המועמד לביטוח X

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	שם הסוכן	מס' הסוכן	מס' הפוליסה
----------	---------	----------	----------	-----------	-------------

19.4	סבסוס (טורשן) חוזר של האשכים		
19.5	הידרוצלה		
19.6	אשך טמיר (נמצא מחוץ לשק האשכים)		
20	פגיעה/פגיעה האם אובחנת במחלות ו/או הפרעות הבאות?	כן	לא
20.1	פגיעה ב-7 השנים האחרונות פרט: חודש _____ שנה _____		
20.1.1	האם הפגיעה היתה בחזה, בטן		
20.1.2	האם היתה פגיעה באיברים פנימיים		
20.1.3	חבלת ראש		
	1.20.3.1 דמם מוחי		
	1.20.3.2 אובחן איבוד הכרה		
	1.20.3.3 חבלת ראש במשך השנה האחרונה		
20.1.4	האם נפצעת בגב ועמוד שדרה		
	1.20.4.1 עמוד שדרה צוארי		
	1.20.4.2 עמוד שדרה גבי		
	1.20.4.3 עמוד שדרה מתני		
20.1.5	האם נפצעת בגפיים באגן או באיברי המין כתוצאה מתאונה		
20.1.5.1	פגיעה ביד או בידיים		
	<input type="radio"/> שתי ידיים <input type="radio"/> יד ימין <input type="radio"/> יד שמאל <input type="radio"/> מרפקים <input type="radio"/> מרפק ימין <input type="radio"/> מרפק שמאל <input type="radio"/> כתפיים <input type="radio"/> כתף ימין <input type="radio"/> כתף שמאל <input type="radio"/> כפות ידיים <input type="radio"/> כף יד ימין <input type="radio"/> כף יד שמאל <input type="radio"/> שורשי כפות ידיים <input type="radio"/> שורש כף יד ימין <input type="radio"/> שורש כף יד שמאל <input type="radio"/> אחר		
20.1.5.2	פגיעה ברגל או ברגליים		
	<input type="radio"/> שתי רגליים <input type="radio"/> רגל ימין <input type="radio"/> רגל שמאל <input type="radio"/> ברכיים <input type="radio"/> ברך ימין <input type="radio"/> ברך שמאל <input type="radio"/> קרסוליים <input type="radio"/> קרסול ימין <input type="radio"/> קרסול שמאל <input type="radio"/> כפות רגליים <input type="radio"/> כף רגל ימין <input type="radio"/> כף רגל שמאל <input type="radio"/> אחר		
20.1.5.3	פגיעה באגן		
	<input type="radio"/> אגן ירכיים <input type="radio"/> פרקי אגן הירכיים <input type="radio"/> אחר		
20.1.5.4	פגיעה באברי המין		
20.1.6	פגיעה/פגיעה אחרת		
20.2	הפגיעה התרחשה לפני 7 שנים ויותר		
20.2.1	האם עדיין קיימת בעיה/הפרעה כתוצאה מהפגיעה/הפגיעה		
20.2.2	אין ולא היו כל פגיעות בריאותיות כתוצאה מהתאונה/תאונות (חוץ ממכות יבשות)		
20.2.3	קיימת נכות כתוצאה מתאונה		

17	בעיות בעור - האם אובחנת במחלות ו/או הפרעות הבאות?	כן	לא
17.1	פסוריאזיס		
	17.1.1 קיימת מעורבות של הפרקים		
	17.1.2 טיפול תרופתי או רפואי . במידה וכן, פרט :		
17.2	פריחה אלרגית כרונית (אורטיקריה כרונית)		
17.3	כיבים מתמשכים ופצעים על פני העור		
17.4	ריבוי נקודות במעקב רופא עור		
17.5	גושים שומניים (ליפומה) מרובים וחוזרים		
17.6	דלקת עור כרונית		
17.7	גזזת ו/או טיפול הקרנות בעבר		
17.8	לבקנות		
17.9	כוויות בעור מעל דרגה שלישית		
18	נשים - האם אובחנת במחלות ו/או הפרעות הבאות?	כן	לא
18.1	מעל 3 הפלות חוזרות		
18.2	רחם שרירי ו/או ממצאים ברחם		
18.3	דימומים חוזרים מהנרתיק ללא קשר לווסת		
18.4	קיימות רירית רחם מחוץ לרחם (אנדומטריאוזיס)		
18.5	סיבוכים בזמן הריון		
	18.5.1 שמירת הריון		
	18.5.2 רעלת , לחץ דם גבוה		
	18.5.3 סכרת הריונית במידה וכן יש למלא שאלון סכרת		
18.6	ממצאים שפיריים בשדיים ב-5 שנים האחרונות		
	18.6.1 האם עברת ביופסיה או הסרת גידול , במידה וכן יש לצרף דו"ח היסטולוגי		
18.7	ממצאים שפיריים בשחלות ב-5 שנים האחרונות		
	18.7.1 האם עברת ביופסיה או הסרת גידול, במידה וכן יש לצרף דו"ח היסטולוגי		
19	בערמונית (פרוסטטה) ואשכים - האם אובחנת במחלות ו/או הפרעות הבאות?	כן	לא
19.1	הגדלה שפירית של הערמונית (BPH)		
	19.1.1 האם עברת או הומלץ לך על ניתוח במידה וכן ציין ופרט.		
19.2	דלקות חוזרות בערמונית		
	19.2.1 האם בוצע ביופסיה		
	19.2.2 נלקח או הומלץ טיפול תרופתי:		
	<input type="radio"/> אומניק Omanik		
	<input type="radio"/> היטרון Hitron		
	<input type="radio"/> פרופסיה Propecia		
	<input type="radio"/> קסאטראל Xatral		
	<input type="radio"/> אחר		
19.3	וריקוצלה		

הערות:

הצהרה: אני החתום מטה אשר את חייו יש לבטח, מצהיר בזה שכל תשובותי הנ"ל הן נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי שאי הצהרת האמת עלולה להשפיע ואף לפטור את מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לחוק.

חתימת המועמד לביטוח X

תאריך:

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ