

שאלונים ב'-ג'

כלל חברה לביטוח בע"מ

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו
מספר ההצעה	

הטופס מנוסח בלשון זכר אך כונה לנשים וגברים כאחד.



שאלונים להשלמת פרטים רפואיים

פרטי המועמד לביטוח מועמד ראשי מועמד שני ילד

שם משפחה	שם פרטי	תאריך הלידה	מספר הזהות	המין: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	גובה	משקל
					ס"מ	ק"ג

ב. שאלון מומים/מחלות ו/או הפרעות אצל קרובי משפחה ביולוגיים מדרגה ראשונה

לא	כן	לא	כן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. לב <input type="checkbox"/> כלי-דם אצל שניים או יותר קרובי משפחה	4. סרטן אצל קרוב משפחה אחד או יותר מתחת לגיל 50
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. סכרת אצל שניים או יותר קרובי משפחה	5. פוליפוזיס משפחתי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. סרטן מעי הגס ו/או סרטן השד ו/או שחלות	6. כליות פוליציסטיות

מום/מחלה או הפרעה תורשתית אחרת, נא פרט: _____

ג. שאלון מומים/מחלות ו/או הפרעות במערכת העצבים והמוח

לא	כן	לא	כן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. אפילפסיה	4. הפרעות קשב וריכוז
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.1 אובחנה במהלך חצי השנה האחרונה ¹	4.1 מלווה בהיפר אקטיביות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.2 מאופיינת בארועי התנתקות (גרנד מל)	4.2 מטופל תרופתית, (פרט שם התרופה)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.3 מאופיינת בכרוסוס (פטיט מל)	5. דלקת המוח (אנצפליטיס) ו/או דלקת קרום המוח (מנינגיטיס)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.4 ניתן טיפול תרופתי קבוע	5.1 הייתה במהלך 12 החודשים האחרונים ¹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.4.1 למרות הטיפול התרופתי ישנם התקפים	5.2 נותר נזק מוחי ו/או אחר ¹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.4.1.1 ישנם בין 1 ל-12 התקפים בשנה	6. חבלת ראש עם נזק מוחי ו/או גולגולתי ¹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.4.1.2 ישנם יותר מ-12 התקפים בשנה	7. מפרצת מוחית (אנוריזמה) ¹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5 התקף אחרון לפני שנתיים ויותר	8. גידול מוחי ³
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.6 פינוי באמבולנס ו/או אשפוז בשלוש שנים אחרונות אם כן, נא מלא שאלון אישפוזים	9. אירוע מוחי כלשהו: אירוע מוחי חולף (TIA) ¹ , שבץ מוחי (CVA) ¹ , דימום ¹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. כאבי ראש חריפים בחצי שנה האחרונה	10. <input type="checkbox"/> טרשת נמוצה ² <input type="checkbox"/> פרקינסון ² <input type="checkbox"/> ביוון שרירים ²
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.1 בוצע CT ו/או MRI	11. שיתוק מכל סוג שהוא ²
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.1.1 נמצאו ממצאים חריגים	12. שיתוק ילדים (פוליו)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. מיגרנה	13. הפרעות תחושה כגון: נימול, תחושת שריפה, ירידה בתחושה, רדימות ²
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.1 היעדרות של חמישה ימים ומעלה בחודש, בחצי השנה האחרונה עקב התקפי מיגרנה	14. סחרחורת ו/או התעלפויות במהלך 5 שנים אחרונות ¹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		15. <input type="checkbox"/> פיגור שכלי ² <input type="checkbox"/> תסמונת דאון ² <input type="checkbox"/> אוטיזם (PDD) ² <input type="checkbox"/> הפרעה ו/או עיכוב התפתחותי ²

מום/מחלה ו/או הפרעה אחרת במערכת העצבים והמוח, נא פרט: _____

¹ נא מכתב מרופא מומחה הכולל התייחסות לברור שבוצע, האבחנה הסופית ומצבך העדכני ככל שאושמזת ב 5 השנים האחרונות נא צרף סיכום אישפוז
² נא מכתב מרופא מפרט אבחנות וטיפולים כולל נתוני מדדים כגון EDSS, במידה וקיימים אחוזי נכות נא צרף פרוטוקול המפרט סיבת הנכות
³ נא מכתב מרופא מומחה המתייחס לגידול שהושר והתייחסות למצבך העדכני, נא לצרף תוצאות MRI עדכני



תאריך: _____ שם המועמד: _____
 מס' זהות: _____ חתימת המועמד: _____