

כלל חברה לביטוח בע"מ

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו
מספר ההצעה	

הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה 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

ד. שאלון מומים/מחלות ו/או הפרעות נפשיות

לא	כן	לא	כן
1.א. <input type="checkbox"/> דכאון מזדורי <input type="checkbox"/> סכיזופרניה ¹ <input type="checkbox"/> הפרעה דו - קוטבית (מאניה דפרסיה) ¹ <input type="checkbox"/> תסמונת פוסט טראומטית PTSD ¹		1.5 התקף אחרון היה: <input type="checkbox"/> בשנה אחרונה <input type="checkbox"/> בין שנה ל- 3 שנים אחרונות <input type="checkbox"/> בין 10-3 שנים אחרונות <input type="checkbox"/> מעל 10 שנים	
		1.6 אושפזת בשל הבעיה. אם כן נא מלא שאלון אישפוזים	
		1.7 קיימת נכות. אם כן כמה אחוזי נכות _____	
		2. מחשבות אובדן	
		2.1 קיימות כעת ו/או היו במהלך 3 שנים אחרונות	
		3. נסיון אובדני	
		3.1 נסיון יחיד	
		3.1.1 <input type="checkbox"/> בשנה האחרונה <input type="checkbox"/> בין שנה לשנתיים <input type="checkbox"/> מעל 4 שנים	
		3.2 נסיונות חוזרים	
		1.1 אובחן במהלך השנה האחרונה ¹	
		1.2 ניתן ו/ או הומלץ על טיפול תרופתי - (פרט שם התרופה) _____	
		1.3 הטיפול התרופתי הופסק אם כן נא פרט מתי _____	
		1.4 קיימת הפרעה ביכולת לעבוד במשרה מלאה	
מום/מחלה ו/או הפרעה נפשית אחרת, נא פרט: _____			

¹ נא מכתב מפסיכיאטר מפרט אבחנות וטיפולים כולל התייחסות למצבך העדכני לרבות טיפול תרופתי או אחר והתפקוד היומיומי

ה. שאלון מומים/מחלות או הפרעות ריאות ו/או בדרכי הנשימה ובריאות

לא	כן	לא	כן
1. <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> אלרגיה		2. <input type="checkbox"/> פנאומוטרקס (חזה אוויר)	
1.1 טיפול בזמן התקפים בלבד		2.1 הארוע היה במהלך 6 חודשים אחרונים	
1.2 טיפול מניעתי קבוע במשאים בלבד		2.1.1 נותר נזק שארי	
1.3 טיפול בכדורים ו/או זריקות. אם כן נא פירוט שמות התרופות. _____		2.2 היה יותר מארוע אחד	
		2.3 חלפו 3 שנים מהארוע האחרון	
		3. דום נשימה בשינה. נא לצרף דו"ח מעבדת שינה	
		3.1 מטופל קבוע במכשיר CPAP	
1.4 תכיפות ההתקפים: <input type="checkbox"/> פעם בשבוע <input type="checkbox"/> 2-6 פעמים בשבוע <input type="checkbox"/> יותר מ-6 פעמים בשבוע <input type="checkbox"/> לעיתים רחוקות <input type="checkbox"/> ביום <input type="checkbox"/> בלילה		4. ברונכיטיס (הרחבת סימפונות) ¹	
		5. <input type="checkbox"/> אמפיזמה (נפחת) <input type="checkbox"/> ברונכיטיס כרונית <input type="checkbox"/> COPD (מחלת ריאות חסימתית כרונית) ¹	
		6. סרקואידוזיס ¹	
		1.5 אישפוז בשל החמרה באסטמה ו/או אלרגיה במהלך 3 השנים האחרונות	
מום/מחלה ו/או הפרעה אחרת בדרכי הנשימה ו/או בריאות, נא פרט: _____			

¹ נא מכתב מרופא מומחה המפרט אבחנות וטיפולים כולל התייחסות למצבך העדכני, כמו כן צרף תוצאות בדיקת תפקודי ריאה עדכניים.



תאריך _____ שם המועמד _____

מס' זהות _____ חתימת המועמד _____

