

כלל חברה לביטוח בע"מ

שם הסוכן	מספרו	הטופס מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד.
שם מנהל פיתוח עסקי	מספרו	
מספר ההצעה		

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

יז. שאלון מומים/מחלות ו/או הפרעות בעיניים וראייה

לא	ק	לא	ק
		1. עיניים	
		1.1 עיוורון ו/או כבדות ראייה	
		1.1.1 מלידה	
		1.1.2 <input type="checkbox"/> בעין ימין <input type="checkbox"/> בעין שמאל	
		1.2 עיוורון פתאומי, זמני ו/או חולף ¹	
		1.3 קטרקט <input type="checkbox"/> מולד <input type="checkbox"/> נרכש	
		1.3.1 <input type="checkbox"/> עין ימין <input type="checkbox"/> עין שמאל	
		1.3.1.1 נותח, נא מלא שאלון ניתוחים	
		1.4 <input type="checkbox"/> הכרזות רשתית <input type="checkbox"/> דימום ברשתית <input type="checkbox"/> דלקת רשתית	
		1.4.1 <input type="checkbox"/> בעין שמאל <input type="checkbox"/> בעין ימין	
		1.4.1.2 הארוע היה במהלך השנה האחרונה	
		1.4.1.3 הארוע היה על רקע תאונה / חבלה	
		1.4.1.4 בעקבות הארוע נותר נזק לעין ו/או לראיה	
		1.5 קרטוקונוס (כיוון הקרנית)	
		1.6 גלאוקומה (לחץ תוך עיני)	
		1.5.1 קיימת פגיעה בשדה הראייה	
מום/מחלה ו/או הפרעה אחרת בעיניים ובראייה נא פרט: _____			

¹ נא מכתב מרופא מומחה המפרט אבחנות וטיפולים כולל התייחסות למצבך העדכני.

יח. שאלון מומים/מחלות ו/או שאלון הפרעות אוזניים, אף, לוע, גרון

לא	ק	לא	ק
		2. אוזניים	
		2.1 חירשות ו/או ירידה בשמיעה	
		2.1.1 <input type="checkbox"/> באוזן ימין <input type="checkbox"/> אוזן שמאל	
		2.1.2 הבעיה אירעה במהלך השנתיים האחרונות ¹	
		2.2 אובדן שמיעה פתאומי / זמני / חולף ¹	
		2.3 ורטיגו	
		2.3.1 אירוע חד פעמי וחולף לפני שנתיים ומעלה.	
		2.3.2 אירועי ורטיגו חוזרים ב- 5 השנים האחרונות.	
		2.4 מחלת מנייר	
		2.5 טינטון (טיניטוס)	
		2.6 אקוסטיק נירומה / שונומה ²	
		2.7 נקב בעור התוף	
		2.7.1 <input type="checkbox"/> באוזן ימין <input type="checkbox"/> באוזן שמאל	
		2.7.2 נותח, נא מלא שאלון ניתוחים	
		2.8 דלקות חוזרות באוזניים (לפחות 3 דלקות בשנה ב- 3 השנים האחרונות) ו/או נוזלים באוזניים	
		2.8.1 נותח, נא מלא שאלון ניתוחים	
		2.8.3.1 הכפתורים יצאו	
		3. יבלות ו/או פוליפים במיתרי הקול	
		3.1 נותח, נא מלא שאלון ניתוחים	
		4. אילמות	
		5. שקדים/אדנואידים מוגדלים	
		5.1 נותח - נא מלא שאלון ניתוחים	
		6. סינוזיטיס כרונית ו/או הגדלת קונוכיות האף	
		6.1 נותח - נא מלא שאלון ניתוחים	
		7. סטייה במחיצת האף	
		7.1 נותח - נא מלא שאלון ניתוחים	
		8. <input type="checkbox"/> חיך שסוע ¹ <input type="checkbox"/> שפה שסועה ¹	
מום/מחלה ו/או הפרעה אחרת אוזניים, אף, לוע, גרון נא פרט: _____			

¹ נא מכתב מרופא מומחה המפרט את הבירור שבוצע, אבחנות וטיפולים כולל התייחסות למצבך העדכני.

² נא מכתב מרופא מומחה המפרט אבחנות וטיפולים כולל התייחסות למצבך העדכני. נא צרף MRI עדכני.

תאריך _____ שם המועמד _____

מס' זהות _____ חתימת המועמד _____

