

הצהרת המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	שם הסוכן	מס' הסוכן	מספר פוליטה
----------	---------	----------	----------	-----------	-------------



020102202

9. המשך	
לא	כן
	9.7 דלקת כיבת של של המעי (אולצרטוב קוליטיס)
	9.7.1 קוליטיס אובחן לפני 8 שנים ויותר.
	9.7.2 ניתן טיפול תרופתי בסטרואידים למשך שנתיים ויותר.
	9.7.3 הומלץ על ניתוח
	9.7.4 קיים נזק לרקטום (חולחלת)
	9.7.5 אולצרטוב קוליטיס אובחן בוודאות
	9.7.6 זמן שחלף מהתקף אחרון :
	- עד 6 ח'
	- 6 ח' עד שנתיים
	- 2-5 שנים
	- מעל 5 שנים
	9.8 דיברטיקוליטיס
	9.8.1 אירוע ב-3 שנים אחרונות
	9.8.2 מעקב רפואי לפני 5 שנים ויותר
	9.8.3 הומלץ על ניתוח
	9.8.4 דיברטיקוליטיס אובחן בוודאות
	9.9 הפרעות הקשורות בפי הטבעת
	9.9.1 טחורים
	9.9.2 סדק בפי הטבעת (פיסורה)
	9.9.3 פתח עורי מפרוש (פיסטולה) בפי הטבעת
	9.9.4 פילונידאל אבצס (מורסה)
	9.9.5 צניחה של הרקטום
	9.10 בקע (הרניה) בבטן ו/א במפשעה
	9.10.1 הומלץ על ניתוח
	9.10.2 בוצע ניתוח בעבר
	9.11 מחלת ציליאק
	9.12 הפרעה בסיפית המזון במעי

10. הפרעה בתפקוד הכבד, כיס המרה, הטחול והלבלב	
לא	כן
	10.1 הפרעה בתפקוד הכבד
	10.1.1 צהבת ויראלית או הפטיס A
	10.1.2 הפטיס ניפי מסוג B
	10.1.3 הפטיס ניפי מסוג C
	10.1.4 אחר
	10.1.5 כבד שומני
	10.1.6 הגדלה של הכבד
	10.1.7 שחמת כבד (צירוזיס)
	10.1.8 ציסטה בכבד
	10.1.9 המניוומה בכבד
	10.1.10 מורסה (אבצס) בכבד
	10.1.11 הפרעה בתפקודי כבד ב 6 חודשים אחרונים
	10.2 אבנים בכיס המרה
	10.2.1 אירוע של דלקת בכיס המרה
	10.2.2 ידוע על הרחבה של צינור המרה המשותף
	10.2.3 מועמד לניתוח כריתת כיס המרה, הוצאת אבנים
	10.2.4 אבנים בכיס המרה אובחנו בוודאות וטרם בוצע ניתוח

8. המשך	
לא	כן
	8.2.5 יש פגיעה בשריר הלב
	8.2.6 יש פגיעה בכליות
	8.2.7 לחץ הדם הנוכחי מעל 140/90 מ"מ כספית פרט.
	8.2.8 נלקח או הומלץ טיפול קבוע ביותר משתי תרופות
	8.2.9 אובחנה מחלה כגורמת ליתר לחץ-דם
	8.2.10 יתר לחץ דם אובחן בוודאות
	8.3 הפרעה בכלי הדם
	8.3.1 מפרצת (אנאוריזמה) באורטה
	8.3.2 כאבי רגליים בהליכה
	8.3.3 טרומבוזות בוורידים
	- טרומבוזות בוורידים שטחיים
	- רומבוזות בוורידים עמוקים

9. הפרעות בוושט, בקיבה במעי ובפי הטבעת	
לא	כן
	9.1 רפלוקס (החזר וושטי)
	9.1.1 הצרות בוושט
	9.1.2 כיס בושט
	9.1.3 דליות בושט
	9.1.4 החזר וושטי אובחן בוודאות
	9.2 בקע סרעפתי
	9.2.1 טיפול תרופתי קבוע
	9.2.2 מועמד לניתוח
	9.2.3 בקע סרעפתי אובחן בוודאות
	9.3 כיב קיבה ותרסיריון
	9.3.1 יותר משלוש התלקחויות בשנתיים אחרונות
	9.3.2 חזרה של הכיב לאחר טיפול תרופתי
	9.3.3 חזרה של כיב לאחר ניתוח
	9.3.4 היצרות חלל הקיבה והתרסיריון
	9.3.5 כיב שפרץ את דופן הקיבה והתרסיריון וגרם לדימום פנימי בבטן.
	9.3.6 כיב קיבה או תרסיריון אובחן בוודאות
	9.4 מחלת קרוהן
	9.4.1 קרוהן אובחנה מתחת לגיל 40
	9.4.2 ניתן טיפול תרופתי קבוע
	9.4.3 יש מעורבות של המעי הדק
	9.4.4 קיימת היצרות של חלל המעי
	9.4.5 הומלץ על ניתוח
	9.4.6 מעקב רפואי אחרון לפני יותר מ 5 שנים
	9.4.7 קיימת פיסטולה
	9.4.8 אובחן מנהקולון
	9.4.9 זמן התקף אחרון
	- עד שנה
	- שנה עד 3 שנים
	- 3 עד 5 שנים
	- יותר מ 5 שנים
	9.5 תסמונת המעי הרגזי (העבזני)
	9.6 היצרות של חלל המעי
	9.6.1 אירוע אחרון ב-3 החודשים האחרונים
	9.6.2 יותר מאירוע אחד
	9.6.3 היצרות חלל המעי אובחן בוודאות

6. המשך	
לא	כן
	6.15 חבלת ראש
	6.15.1 דימום מוחי
	6.15.2 אובחן איבוד הכרה
	6.15.3 חבלת ראש במשך השנה האחרונה
	6.16 הפרעות שינה

7. ריאות ודרכי נשימה	
לא	כן
	7.1 אסטמה
	7.1.1 טיפול תרופתי קבוע במשך 5 שנים או יותר
	7.1.2 התקף אסטמטי בשנתיים האחרונות
	7.1.3 אינהלציה או משאף פעמיים בחודש או יותר
	7.1.4 טיפול קבוע לפני פעילות גופנית
	7.1.5 סטרואידים ניתנו בשנתיים האחרונות
	7.1.6 אישפוז בשל החמרה של אסטמה ב-3 שנים אחרונות
	7.1.7 אסטמה אובחנה בוודאות
	7.2 דלקות ריאה חוזרות
	7.2.1 יותר מ-3 דלקות ריאה בשנתיים האחרונות
	7.2.2 דלקת ריאה נגרמת מפטריה
	7.2.3 דלקת ריאה עקב אספירציה (שאיפת אוכל או נוזלים)
	7.2.4 דלקות ריאה אובחנו בוודאות
	7.3 ברונכאטיזת (הרחבה קבועה של דרכי האויר)
	7.4 אלרגיה
	7.4.1 טיפול תרופתי או חיסוני קבוע
	7.4.2 אישפוז בשל החמרה באלרגיה
	7.5 פנאומוטורקס (חזה אוויר)
	7.5.1 פנאומוטורקס כתוצאה מחבלת בית החזה
	7.5.2 פנאומוטורקס ספונטני
	7.5.3 פנאומוטורקס חוזר
	7.5.4 פנאומוטורקס אובחן בוודאות
	7.6 סקרואיזוויס
	7.7 תסחיף ריאתי
	7.8 אמפיזמה (נפחת), ברונכיטיס כרונית

8. הפרעות בלב, בלחץ הדם ובכלי הדם	
לא	כן
	8.1 מחלת לב
	8.1.1 מחלת לב מולדת
	8.1.2 אנגינה פקטוריס (כאבי חזה ממחלת לב)
	8.1.3 היה התקף לב
	8.1.4 הפרעה בקצב הלב
	8.1.5 חסימה בהליכה בשריר הלב
	8.1.6 קרדיאומיופטיה
	8.1.7 הפרעה במסתמי הלב, אוושה
	8.1.8 אי-ספיקת לב
	8.2 יתר לחץ דם
	8.2.1 אובחן לפני גיל 30
	8.2.2 אובחן לפני יותר מ- 5 שנים
	8.2.3 נמדדו ערכים של מעל 220/120 מ"מ כספית
	8.2.4 יש פגיעה ברשתית העין

הצהרה:
אני החתום מטה אשר את חיינו יש לבטח, מצהיר בזה שכל תשובותי הנ"ל הן נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלוני/ים זה/אלו מהווה/ים חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח חיים, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות, במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

תאריך	חתימת העד	מס' זהות של העד	שם העד לחתימה	חתימת המועמד לביטוח
-------	-----------	-----------------	---------------	---------------------

"04" 02/06/02-04/0024-1

הצהרת המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	שם הסוכן	מס' הסוכן	מספר פוליסה
----------	---------	----------	----------	-----------	-------------



020102203

14. המשך	
לא	כן
	14.5 ריבוי בכדוריות דם לבנות
	14.5.1 ממצא חוזר וקבוע
	14.5.2 נמצא בכיור רפואי
	14.6 מעוט טסיות (טרומבוציטופניה)
	14.6.1 אירוע של דימום
	14.6.2 אישפוז לצורך מתן טרומבוציטים
	14.7 עודף טסיות
	14.8 אחר

15. הפרעות הקשורות לעור	
לא	כן
	15.1 פסוריאזיס
	15.1.1 קיימת מעורבות של הפרקים
	15.1.2 ניתן טיפול קבוע
	15.1.3 פסוריאזיס אובחן בוודאות
	15.2 פריחה אלרגית כרונית(אורטיקריה כרונית)
	15.3 פמפיגוס
	15.4 כיבים מתמשכים ופצעים על פני העור
	15.5 ריבוי נקודות חן (מעל 50 בכל הגוף)
	15.6 גושים שומניים (ליפומה) מרובים וחוזרים
	15.7 דלקת עור כרונית
	15.8 יבלות חוזרות
	15.9 ויטילגו (כתמים לבנים)
	15.10 גוזז וטיפול הקרנות בעבר
	15.11 אקנה
	15.12 לבקנות
	15.13 שיעור יתר (הירסוטזיס)

16. מחלות זיהומיות, מחלות מין, חום ממושך	
לא	כן
	16.1 אבצסים (מורסת) חוזרות
	16.2 חלם זיהומי (שוק) בעבר
	16.3 נשאות ומחלת איידס
	16.4 עגבת (סיפיליס)
	16.5 שחפת (טוברקולוזיס)
	16.6 מלריה
	16.6.1 אנמיה המוליטית כתוצאה ממלריה
	16.7 קלמדיה
	16.7.1 זיהום בעיניים
	16.7.2 זיהום באברי המין
	16.8 קנדידה (פטר) ממושט בעור ובאיברים פנימיים
	16.9 פוליו (פוליאומיאליטיס)
	16.10 הרפס
	16.10.1 זיהום חוזר בשפתיים
	16.10.2 זיהום חוזר באברי המין
	16.11 חום ממושך מעל חודש, ללא אבחנה רפואית
	16.12 אחר

17. הפרעות בגב ובעמוד השדרה	
לא	כן
	17.1 כאבי גב
	17.1.1 פריצת/בליטת דיסק
	- עמוד שדרה צווארי
	- עמוד שדרה נבי
	- עמוד שדרה מותני
	17.2 הצרות של תעלת השדרה (ספיל סטנוזיס)
	17.3 אירוע אחרון ב-3 השנים האחרונות

13. המשך	
לא	כן
	13.1.6 רמת HbA1c מעל 8% מיג בשנה האחרונה
	13.1.7 סוכר בצום מעל 300 מ"ג
	13.1.8 קיימת פגיעה בעין
	13.1.9 קיימת פגיעה בכליות
	13.1.10 קיימת פגיעה בתפקוד הלב
	13.1.11 זיהום, נמק וכיבים מתמשכים בעור
	13.1.12 הומלץ על כריתת גפה (רגל או יד)
	13.1.13 היפוגליקמיה(סוכר נמוך מדי) בשני מקרים ויותר
	13.1.14 כמה זמן אובחנה סכרת בוודאות
	- פחות מ-10 שנים
	- 10-15 שנה
	- 16-20 שנה
	- מעל 20 שנה
	13.2 הפרעה בשומני הדם
	13.2.1 הומלץ על טיפול תרופתי
	13.2.2 כולסטרול בצום מעל 250% מ"ג
	13.2.3 רמת טריגליצרידים מעל 300% מ"ג
	13.2.4 מעקב רפואי אחרון לפני שנתיים ויותר
	13.2.5 הפרעה בשומנים אובחנה בוודאות
	13.3 הפרעה בתפקוד בלוטת התריס (המגן, הטירואיד)
	13.3.1 תת פעילות בלוטת התריס(היפותרואידזיס)
	13.3.2 פעילות יתר של בלוטת התריס (היפרטירואידזיס)
	13.3.3 מעקב רפואי אחרון לפני 3 שנים ויותר
	13.3.4 עיניים בולטות(אקסופטלמוס)
	13.3.5 בצקות כלליות בעבר(מיקסדמה)
	13.3.6 אישפוז בהקשר למחלת בלוטת התריס
	13.3.7 הגדלה של בלוטת התריס עם גושים מרובים (נויטר מולטינודולרי)
	13.4 FMF (מחלת חום ים תיכונית)
	13.4.1 יותר משני התקפים בשנה
	13.4.2 טיפול תרופתי קבוע
	13.4.3 מעקב רפואי אחרון לפני 5 שנים
	13.4.4 מחלה אובחנה בוודאות
	13.5 ציסטיק פיברוזיס
	13.6 אחר

14. הפרעה בספירת הדם, בקרישת הדם, ובמערכת החיסון.	
לא	כן
	14.1 אנמיה
	14.1.1 אנמיה מחוסר דם
	- המוגלובין עד 10
	- המוגלובין מתחת ל 10
	14.1.2 אנמיה מחוסר B12
	14.1.3 אנמיה מחוסר G6PD
	14.1.4 טלסמיה
	- טלסמיה מאוור
	- טלסמיה מינור
	14.1.5 אנמיה אפלטטית
	SICKLE CELL ANEMIA 14.1.6
	14.1.7 אחר
	14.1.8 אנמיה אובחנה בוודאות
	14.2 רבוי כדוריות דם אדומות
	14.3 הפרעות קרישה (המופיליה)
	14.4 הפרעות במערכת החיסון

10. המשך	
לא	כן
	10.3 דלקת הלב (פנקריאטיטיס)
	10.3.1 יותר מאירוע אחד של דלקת
	10.3.2 אירוע ב-3 שנים האחרונות
	10.3.3 דלקת הלב אובחנה בוודאות
	10.4 הפרעות הקשורות לטחול
	10.4.1 ציסטה אחת או יותר
	10.4.2 טחול מוגדל
	10.4.3 טחול חסר
	- כתוצאה ממחלה
	- כתוצאה מטרואמה
	- כתוצאה מטרואמה עד שנתיים
	- כתוצאה מטרואמה מעל שנתיים

11. הפרעות בכליות ודרכי השתן	
לא	כן
	11.1 כליה אחת חסרה או לא מתפקדת
	11.1.1 כתוצאה מתרומת כליה
	11.1.2 כליה יחידה מלידה
	11.1.3 סיבה אחרת
	11.2 אבנים בכליות ובדרכי השתן
	11.2.1 נמצאו אבנים דו צדדיות
	11.2.2 סימפטומים ב 10 שנים האחרונות
	11.2.3 האם ידוע על אבני כליה היום
	11.2.4 האם מועמד להוצאת האבנים (ריסק, ניתוח)
	11.3 דלקת חוזרות בדרכי השתן
	11.3.1 יותר מ 3 אירועים בשנתיים האחרונות
	11.3.2 טיפול תרופתי קבוע
	11.4 רפלוקס של דרכי השתן
	11.4.1 רפלוקס חוזר של דרכי השתן
	11.4.2 רפלוקס חוזר לאחר הניתוח
	11.4.3 רפלוקס אובחן בוודאות
	11.5 ציסטה בכליה
	11.6 בדיקת שתן לא תקינה ב 6 חודשים אחרונים
	11.7 אי ספיקת כליות
	11.8 מחלות כליה אחרות

12. הפרעות הקשורות לפרוסטטה ואשכים	
לא	כן
	12.1 הגדלה שפירה של הערמונית
	- מעקב רפואי אחרון לפני 3 שנים ויותר
	- הומלץ על ניתוח
	- הגדלה שפירה של הערמונית אובחנה בוודאות
	12.2 דלקת חוזרות בערמונית
	12.3 אשך טמיר (נמצא מחוץ לשק האשכים)
	12.4 וריקוצלה
	12.5 סבסוס (טורשן) חוזר של האשך והאשכים
	12.6 הידרוצלה
	12.7 עבר ברית מילה

13. סכרת, טירואיד, שומנים והפרעות מטבוליות והורמונליות אחרות	
לא	כן
	13.1 סכרת
	13.1.1 סכרת אובחנה לפני גיל 25
	13.1.2 ניתן טיפול באינסולין
	13.1.3 ניתן טיפול בשתי תרופות (כדורים) ויותר
	13.1.4 מעקב רפואי אחרון לפני שנתיים ויותר
	13.1.5 אישפוז לאיון רמת הסוכר

הצהרה: אני החתום מטה אשר את חיינו יש לבטח, מצהיר בזה שכל תשובתי הנ"ל הן נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלוני/ זה/ אלו מהווה/ים חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח חיים, ובמקרה ותשובתי אינן נכונות ומלאות, במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

חתימת המועמד לביטוח	שם העד לחתימה	מס' זהות של העד	חתימת העד	תאריך
---------------------	---------------	-----------------	-----------	-------

הצהרת המועמד לביטוח



020102204

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	שם הסוכן	מס' הסוכן	מספר פוליסה
----------	---------	----------	----------	-----------	-------------

20. מחלות רקמות חיבור, פרקים, אוסטופורוזה

לא	כן
	20.1
	20.1.1
	20.1.2
	20.1.3
	20.1.4
	20.2
	20.3
	20.4
	20.5
	20.6
	20.7
	20.7.1
	20.7.2
	20.7.3
	20.8
	20.8.1
	20.8.2
	20.8.3
	20.9

18. המשך

לא	כן
	18.4
	18.5
	18.6
	18.6.1
	18.6.1.1
	18.6.1.2
	18.6.1.3
	18.6.1.4
	18.6.2
	18.6.3
	18.6.4
	18.6.5
	18.6.6
	18.6.7
	18.6.8
	18.6.9
	18.6.10
	18.6.11
	18.6.12
	18.6.13
	18.6.14

17. המשך הפרעות בגב ובעמוד השדרה

לא	כן
	17.4
	17.5
	17.6
	17.7
	17.8
	17.9
	17.10
	17.11
	17.12
	17.12.1
	17.12.2
	17.12.3
	17.12.4
	17.13
	17.13.1
	17.13.2
	17.13.3
	17.14
	17.14.1
	17.14.2
	17.14.3
	17.14.4
	17.14.5
	17.14.6
	17.14.7
	17.14.8

הערות:

19. מצבים גניקולוגיים ומחלות נשים

לא	כן
	19.1
	19.1.1
	19.1.2
	19.1.3
	19.1.4
	19.2
	19.3
	19.4
	19.5
	19.6
	19.7
	19.8
	19.8.1
	19.8.2
	19.8.3
	19.9
	19.10
	19.11
	19.11.1
	19.11.2
	19.12
	19.12.1
	19.12.2
	19.13
	19.13.1
	19.13.2

18. הפרעות בעיניים, באוזניים, באף, בסינוסים, בשיניים, בלוע וגרון

לא	כן
	18.1
	18.1.1
	1
	2
	ב
	1
	2
	ג
	ד
	ה
	18.1.2
	18.1.3
	18.1.4
	18.1.5
	18.1.6
	18.1.7
	18.1.8
	18.1.9
	18.1.10
	18.2
	א
	ב
	ג
	18.3

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 ששאלונים זה/אלו מהווה/ים חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח חיים, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות, במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

תאריך	חתימת העד	מס' זהות של העד	שם העד לחתימה	חתימת המועמד לביטוח
-------	-----------	-----------------	---------------	---------------------

1 - 02/06/02 - 04/0024 - א"פ