

שאלון סוכרת (1)

פרטי סוכן	
שם סוכן	מס' סוכן
שם המבוטח	ת.ז.
במקרה והינך מבוטח המשני רשום פרטי מבוטח ראשי	שם פרטי
שם משפחה	ת.ז.

שאלון סוכרת (1)

1. מה סוג הסוכרת ממנה הנך סובל/ת או סבלת בעבר?
 דיאבטיס אינסיפידוס דיאבטיס מליטוס סוכרת תלוית אינסולין סוכרת לא תלוית אינסולין סוכרת הריונית אחר _____ לא ידוע
 לסוכרת הריונית עני על השאלה הבאה, אחרת עברי לשאלה מס' 3.

2. סוכרת הריונית
 א. האם הינך הרה כעת כן לא
 ב. האם רמת הסוכר חזרה לנורמה לאחר ההריון?

3. מתי אובחנה המחלה לראשונה? חודש שנה

4. פירוט תוצאות בדיקות אחרונות (עדכניות)
 - HbA1c (המוגלובין מסוכר) _____ %
 רמת סוכר בדם _____ mg%
 חלבון בשתן כן לא
 סוכר בשתן כן לא
 פרוקטוזאמין (גליקופרוטאין) _____ mmol/L

5. האם הינך מבקר/ת או נמצא/ת במעקב רפואי במרפאת סוכרת או אצל רופא מטפל לפחות פעם בשנה? כן לא

6. האם הינך סובל מאחת או יותר מהבעיות / הסיבוכים שברשימה הבאה? נא סמן
 שומנים בדם (כולסטרול וכד') תרדמת נמק (נגרנה) פגיעה בלב תת סוכר היפוגליקמיה פגיעה בגפיים לחץ דם פגיעה בכליות פגיעה ברשתית פגיעה בכלי דם ללא סיבוכים/ בעיות נוספות לא ידוע / אחר _____

7. איזה טיפול הינך מקבל?
 אינסולין כדורים דיאטה לא ידוע אחר _____

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזה שכל תשובותי נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעה לביטוח בחברת הפניקס ו/או הפניקס ניהול קרנות פניסיה וגמולים בע"מ, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

חתימת המבוטח	תאריך
--------------	-------

שאלון גב ועמוד שדרה + שאלון בעיות פרקים

← פרטי סוכן	
שם סוכן	מס' סוכן

X	ס"ב	
תאריך	ת.ז.	שם המבוטח
ס"ב	שם פרטי	שם משפחה
ת.ז.	במקרה והינך מבוטח המשני רשום פרטי מבוטח ראשי	

שאלון גב ועמוד שדרה (2) ←

- ציין מאיזו בעיה/מחלה הינך סובל:
 אנקילוזינג ספונדיליטיס (דלקת חוליות מקשחת) כאבי גב מתח בגב ספונדילוזיס חוליות הצוואר שבר/שברים בחוליות קיפוזיס (גיבנון) לומבגו (כאב מותני) מתח לומברי (מתח שריר בגב מותני) מתיחת שרירים אף אחד מהנ"ל בלט, דיסק נשית/אישיאס סקוליוזיס (עקמת) פרחצת דחסק ספינה ביפידה (שידרה שסועה) מתח בעמוד שדרה ספונדיליטיס (דלקת חוליות) לא ידוע אחר _____ ספונדילוזיס (קשחת חוליות) כאב ישי עמוד השדרה - צליפת שוט
- באיזה אזור בגב קיימת הבעיה?
 עמוד שדרה צווארי עמוד שדרה תחתון/מותני/סקראלי/עצם הזנב עמוד שדרה גבי יותר מאזור אחד לא ידוע
- האם הינך ממתין לבירור רפואי? כן לא
- האם הינך מועמד לניתוח? כן לא
- מתי לאחרונה הופיעו סימפטומים/התקף? _____ (חודש/שנה)
- ציין מספר אירועים/התקפים עד היום: _____
- האם הינך סובל מבעיות/מחלות אחרות הקשורות לפגיעה/למחלה הנ"ל? כן לא
- כמה ימים נעדרת מהעבודה בעקבות הארוע האחרון?

שאלון בעיות פרקים - ארטריטיס/ראומטיזם (3) ←

- ציין מה הפגיעה / מחלה ממנה הינך סובל?
 CTS תסמונת התעלה הקרפלית אוסטאוארטריטיס אחר _____ ראומטיזם ראומטואיד ארטריטיס (דלקת פרקים) סינוביטיס (דלקת) טנוסינוביטיס (דלקת בגידים) לא ידוע
- האם אושפזת בחמש שנים האחרונות? כן לא
- איזה איפול אתה מקבל? טיפול נוגד דלקות וכאבים אחר/לא יודע פיזיותרפיה סטרואידים ללא טיפול
- הא הינך סובל מהסיבוכים הבאים? בעיות לב בעיות נשימה אחר ללא סיבוכים לא יודע
- מתי לאחרונה סבלת מסימפטומים/כאבים? _____ (חודש/שנה)
- כמה זמן נעדרת מעבודתך עקב המחלה הנ"ל? _____ (השבועות)
- האם הינך ממתין לבירור רפואי?
- האם הינך ממתין לניתוח?

הצהרה ←

אני החתום מטה, מצהיר בזה שכל תשובותי נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעה לביטוח בחברת הפניקס ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

X	
חתימת המבוטח	תאריך

שאלון דרכי נשימה + שאלון נכויות

← פרטי סוכן	
שם סוכן	מס' סוכן

X	ס"ב	
תאריך	ז.ת.	שם המבוטח
ס"ב	שם פרטי	שם משפחה
ז.ת.	במקרה והינך מבוטח המשני רשום פרטי מבוטח ראשי	

שאלון דרכי נשימה (4) ←

- ציין מאיזו בעיה בדרכי הנשימה הינך סובל:
 - אסטמה
 - אסטמה אלרגית
 - אסטמה כתוצאה מדלקת
 - אסטמה קרדיאלית (קשורה ללב)
 - אסטמה ממאמץ
 - אסטמה הנובעת מעיסוק
 - אסטמה מתמשכת (STATUS ASTMA)
 - קדחת השחת - COPD מחלת ריאות חסימתית כרונית
 - הפרעות/חסימות בדרכי הנשימה
 - אי ספיקה נשימתית
 - אטמה ברונכיאלית
 - סינוסיטיס אסטמטית
 - ברונכיט אלרגית
 - הפרעות ברונכליות
 - תופעות חנק/לחץ בחזה בעת נשימה
 - לקות חזרות בדרכי הנשימה
 - אחר _____
 - לא ידוע
- איזה תרופות קיבלת/הינך מקבל?
 - ללא תרופות
 - טיפול לסירוגין (לא בסטרואידים)
 - טיפול קבוע (לא בסטרואידים)
 - טיפול לסירוגין בסטרואידים
 - טיפול קבוע בסטרואידים
 - אחר: _____
- האם הינך סובל מהפרעות נשימה/צפצופים בין התקפים?
- מכמה התקפים או החמרה במצבך סבלת בשנתיים האחרונות?
- מתי סבלת מהתקף בפעם האחרונה? חודש _____ שנה _____
- האם אושפזת ב-5 שנים אחרונות עקב בעיית נשימה? כן לא

שאלון נכויות (5) ←

- האם נקבעה לך נכות או הינך נמצא בתהליך קביעת נכות? כן לא
- אם נקבעה נכות, נא פרט: נכות זמנית נכות קבועה טרם נקבעה נכות אחוז נכות שנקבע: _____
- ממה נובעת הנכות/המוגבלות?
 - מחלה או נכות המתבטאת כמחלה
 - תאונה/פציעה/פגיעה
 - מום מולד
 - אם מום מולד/מחלה/מתבטא כמחלה נא ציין מחלה: _____
- אם נובע מתאונה/פציעה/פגיעה נא מיין תחומי פגיעה (ניתן לבחור יותר מתחום אחד)
 - תחום פגיעה: _____ תאריך הפגיעה: _____ תאריך סיום: _____
 - צעד: ימין שמאל לא רלוונטי
 - תחום פגיעה: _____ תאריך הפגיעה: _____ תאריך סיום: _____
 - צעד: ימין שמאל לא רלוונטי
- נא ציין פגיעה מפורטת (פגיעה מפורטת באצבעות או אברים זוגיים לדוגמא: ידיים, רגליים, עיניים, שמיעה)
 - א. תחום מפורט: _____ צד: ימין שמאל
 - ב. תחום מפורט: _____ צד: ימין שמאל

הצהרה ←

אני החתום מטה, מצהיר בזה שכל תשובותי נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעה לביטוח בחברת הפניקס ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

X	
חתימת המבוטח	תאריך

שאלון מערכת דרכי העיכול + שאלון גידולים

פרטי סוכן	
מס' סוכן	שם סוכן

	X	ס"ב								
תאריך		.ז.ת		שם המבוטח						
	ס"ב			במקרה והינך מבוטח המשני						
		.ז.ת		שם פרטי	שם משפחה					רשום פרטי מבוטח ראשי

שאלון מערכת דרכי העיכול (6)

- סמן את הבעיה ממנה הינך סובל
 - צרבות/עודף חומציות/דיספפסיה
 - גירוי/דלקת של מערכת עיכול עליונה/גסטריטיס/דואודניטיס
 - גירוי של המעיים/גאסטרואנטריטיס
 - מעי רגזי / IBS - בקע סרעפתי
 - כיב קיבה
 - כיב בתרסיון
 - מחלת קרון
 - קוליטיס
 - אולצרטיב קוליטיס
 - אחר, פרט שם מחלה: _____
 - לא ידוע/לא אובחן
- האם הינך ממתין לבירור רפואי? כן לא
- האם אתה מועמד לניתוח? כן לא
- האם עברת ניתוח? כן לא
- מתי עברת ניתוח? (חודש/שנה) _____
- האם הינך סובל/סבלת בעבר מהסיבוכים הבאים:
 - דימומים
 - שילשולים
 - ניקוב מעיים/קיבה/תרסיון (פרפורציה)
 - שטף דם
 - אחר
 - ללא סיבוכים
 - לא ידוע
- איזה טיפול הינך מקבל?
 - נוגדי חומצה (כמו טגמט זאנטק)
 - דיאטה
 - ללא טיפול
 - חוקנים, קצף, נרות, תרופות כגון: salazopyrin, ratasal, pentassa, asacol
 - סטרואידים או תרופות נוגדות מערכת החיסון כגון: forintol, imuran, metotrexat
 - אחר/לא ידוע
- מתי סבלת מהבעיה לאחרונה?
- כמה זמן נעדרת מעבודתך עקב המחלה הנ"ל? (בשבועות)

שאלון גידולים (7) (נא לצרף דוח היסטולוגי)

- נא פרטי/אבחנה מדוייקת
 - אדנומה
 - ציסטה או גידול
 - פיברואדנומה - סרטן הדם (לוקמיה)
 - ליפומה
 - גידול ממאיר
 - לא ידוע
 - אחר _____ פוליפ
- מתי התגלתה המחלה לראשונה? חודש/שנה _____
- האם הי אירועים חוזרים? לא כן
- מתי היה הטיפול האחרון? חודש/שנה _____
- נא ציין/את מיקום הגידול
 - מוח
 - שדיים
 - מעיים
 - כליות
 - ריאות
 - אחר
 - כליות פוליציסטייות (ציסטות בכליות)
 - עור
 - בלוטת המגן
 - לא ידוע
- כמה זמן נעדרת מעבודתך עקב מצבך הרפואי הנ"ל ב- השנים האחרונות? _____ ימים
- האם הינך מקבל/מתעתד לקבל טיפול רפואי? לא כן
- האם החלמת וחזרת לעבודה מלאה? לא כן

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזה שכל תשובותי נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעה לביטוח בחברת הפניקס ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

	X								
חתימת המבוטח									תאריך

שאלון בעיות נפשיות + שאלון יתר לחץ דם

פרטי סוכן	
מס' סוכן	שם סוכן

X	ס"ב	שם המבוטח	שם פרטי
תאריך	ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה
ס"ב	ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה

שאלון בעיות נפשיות (8)

1. סמן את האבחנה/הבעיה
 - דיכאון
 - דיכאון אינדוגני
 - דיכאון מניה
 - עצבנות
 - אחר _____
 - הפרעות באישיות
 - תגובה דיכאונית
 - סכיזופרניה
 - לחץ (סטרס)
 - לא ידוע
2. האם טופלת באישפוז/אישפוז יום/רופא פסיכיאטר?
 - כן
 - לא
3. מה הטיפול שקיבלת בשנתיים האחרונות?
 - תרופות נוגדות דיכאון כמו וואליום, פרוזק
 - התייעצויות (שיחות)
 - זריקות
 - אחר _____
 - פסיכותרפיה
 - כדורי שינה
 - תרופות מרגיעות
 - לא ידוע
 - ללא טיפול
4. האם נעדרת מעבודתך או מהפעילות השגרתית שלך ב-5 שנים אחרונות עקס מחלה הנ"ל?
 - כן
 - לא

שאלון יתר לחץ דם (9)

1. מתי לראשונה התגלה יתר לחץ דם? (חודש/שנה) _____
2. נא ציין תוצאות ערכי לחץ דם מבדיקה אחרונה: תוצאה: _____ / _____ תאריך: _____
3. מהם סוגי הטפולים שהינך מקבל:
 - טיפול תרופתי
 - דיאטה
 - רפואה אלטרנטיבית
 - ניתוח
 - לא דרוש טיפול
 - אחר _____
4. האם סבלת או הינך סובל מסיבוכים הנובעים מיתר לחץ דם:
 - בעיית כל אדם
 - בעיות כליות
 - עיניים
 - אחר _____
 - ללא סיבוכים

הצהרה

אני החתום מטה, מצהיר בזה שכל תשובותי נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעה לביטוח בחברת הפניקס ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.

X	תאריך
חתימת המבוטח	תאריך

שאלון מחלות כללי (10)

פרטי סוכן	
שם סוכן	מס' סוכן

X	ס"ב	
תאריך	ת.ז.	שם המבוטח
ס"ב	שם פרטי	שם משפחה
ת.ז.	במקרה והינך מבוטח המשני רשום פרטי מבוטח ראשי	

שאלון מחלות כללי (10)	
1.	נא פרטי/אבחנה מדויקת: נא ציין מועד התחלה וסיום של המחלה / הפרעה זו: מועד גילוי ראשון: _____ (תאריך) משך: _____ ימים/חודשים/שנים מועד סיום (אם הסתיים) _____ (תאריך)
2.	ציין תחום פגיעה <input type="radio"/> ימין <input type="radio"/> שמאל <input type="radio"/> שני צדדים <input type="radio"/> לא רלוונטי
3.	האם אושפזת בעבר בשל אבחנה זו? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
4.	האם הינך סובל או סבלת מסיבוכים/השפעות של הפרעה זו? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן אם כן, נא פרט:
5.	האם היו ארועים חוזרים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אם כן, נא פרטי כמות התקפים בשנה האחרונה:
6.	האם הבראת לחלוטין? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
7.	נא פרטי/את סוג הטיפול שקבלת/הינך מקבל:
	א. טיפול תרופתי <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
	ב. דיאטה <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
	ג. פיזיותרפיה <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
	ד. רפואה אלטרנטיבית <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
	ה. ניתוח <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
	ו. לא נדרש טיפול
	ז. אחר <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אם כן, נא פרטי: _____
8.	נא ציין מועד סיום הטיפול _____ (תאריך)
9.	נא ציין משך היעדרות מהעבודה _____ (ימים/שבועות/חודשים)

הצהרה	
אני החתום מטה, מצהיר בזה שכל תשובותי נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעה לביטוח בחברת הפניקס ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.	
X	
חתימת המבוטח	תאריך