

יש להשיב תשובות מלאות וכנות לשאלות המופיעות מטה. התשובות ישמשו יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. אם לא יענו באופן מלא וכנה, תוכל להיות לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח. חתימתי למטה מאשרת כי התשובות המפורטות בשאלונים הן מלאות וכנות וניתנו מרצוני החופשי.

2. שאלון אף-אוזן-גרון

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהייתה לך או קיימת כיום באף ו/או באוזן ו/או בגרון?

<input type="checkbox"/> שקדים	<input type="checkbox"/> ליקוי שמיעה
■ האם עברת ניתוח?	■ בבקשה לציין מה הגורם:
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> פציעה/מום מולד
<input type="checkbox"/> דלקות גרון חוזרות (יותר מ-4 בשנה)	באיזו אוזן? <input type="checkbox"/> אוזן ימין <input type="checkbox"/> אוזן שמאל <input type="checkbox"/> שתי האוזניים
<input type="checkbox"/> שקד שלישי (אדנואידים)	<input type="checkbox"/> גיל
■ האם עברת ניתוח?	<input type="checkbox"/> סיבה אחרת:
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך:	<input type="checkbox"/> חירשות
<input type="checkbox"/> יבלות במיתרי הקול	■ בבקשה לציין מה הגורם:
<input type="checkbox"/> פוליפ באף	<input type="checkbox"/> פציעה/מום מולד
<input type="checkbox"/> קונכיית מוגדלות	באיזו אוזן? <input type="checkbox"/> אוזן ימין <input type="checkbox"/> אוזן שמאל <input type="checkbox"/> שתי האוזניים
<input type="checkbox"/> נחירות	<input type="checkbox"/> גיל
<input type="checkbox"/> תסמונת דום נשימה בשינה (SLEEP APNEA)	<input type="checkbox"/> סיבה אחרת:
<input type="checkbox"/> סינוסיטיס	<input type="checkbox"/> טינטון
■ האם היו התקפים ב-5 השנים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> ורטיגו
<input type="checkbox"/> סטיית מחיצת אף	<input type="checkbox"/> ניתוח פלסטי באף
■ האם עברת ניתוח?	<input type="checkbox"/> קרע בעור התוף
■ האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	■ בבקשה לציין מה הגורם: <input type="checkbox"/> דלקת <input type="checkbox"/> פציעה
<input type="checkbox"/> נוזלים באוזניים / דלקות אוזניים חוזרות (יותר מ-2 דלקות בשנה)	■ האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
■ מתי היה האירוע האחרון, תאריך:	<input type="checkbox"/> נורמה אקוסטית (גידול בעצב השמע)
■ האם עברת ניתוח (כפתורים)? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> תופעה/בעיה אחרת הקשורה לאף-אוזן-גרון*
■ האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	*בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל עם פרוט האבחנה, ואופן הטיפול או לפרט מהי הבעיה האחרת:
<input type="checkbox"/> ניתוח כפתורים באוזניים
■ האם עברת ניתוח:
<input type="checkbox"/> לא
<input type="checkbox"/> כן - מתי היה הניתוח, תאריך:
■ האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך



dt2420

עמוד 1 מתוך 1

מסמך 2420