

יש להשיב תשובות מלאות וכנות לשאלות המופיעות מטה. התשובות ישמשו יסוד לחוזה הביטוח בין 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.

18. שאלון עצמות ושברים

1. באיזה איבר קיימת הבעיה?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> אגן ירכיים | <input type="checkbox"/> כף-יד ימין | <input type="checkbox"/> מרפק ימין | <input type="checkbox"/> שורש כף יד ימין |
| <input type="checkbox"/> אף | <input type="checkbox"/> כף-יד שמאל | <input type="checkbox"/> מרפק שמאל | <input type="checkbox"/> שורש כף יד שמאל |
| <input type="checkbox"/> אצבעות ידיים | <input type="checkbox"/> כף רגל ימין | <input type="checkbox"/> צלעות | <input type="checkbox"/> עמוד שידרה צווארי (C1-C7) |
| <input type="checkbox"/> בהונות רגליים | <input type="checkbox"/> כף רגל שמאל | <input type="checkbox"/> קרסול ימין | <input type="checkbox"/> עמוד שידרה גבי (T1-T12) |
| <input type="checkbox"/> ברך ימין | <input type="checkbox"/> כתף ימין | <input type="checkbox"/> קרסול שמאל | <input type="checkbox"/> עמוד שידרה מותני תחתון (L1-L5) |
| <input type="checkbox"/> ברך שמאל | <input type="checkbox"/> כתף שמאל | <input type="checkbox"/> ראש / גולגולת | <input type="checkbox"/> אחר |
| <input type="checkbox"/> יד ימין | <input type="checkbox"/> שתי כתפיים | <input type="checkbox"/> רגל ימין | |
| <input type="checkbox"/> יד שמאל | <input type="checkbox"/> מפרק ירך ימין | <input type="checkbox"/> רגל שמאל | |
| | <input type="checkbox"/> מפרק ירך שמאל | | |

2. מהי המחלה, התופעה או הפרעה בעצמות?

- שברי מאמץ
- שבר
- מחלה, בעיה או תופעה אחרת בעצמות*
- *בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל עם פרוט האבחנה לבעיה בעצמות, ואופן הטיפול או לפרט מהי הבעיה האחרת:**
- האם חלפה חצי שנה מהשבר? לא כן
- האם נותרו כאבים, מגבלה או נכות עקב השבר? לא כן

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך



dt2420