

שם הסוכן:

■ כתובת מייל בהראל פנסיה: hitspension@harel-ins.co.il
 ■ מס' פקס בהראל פנסיה: 03-7348280
 ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1-700-70-28-70

יש להשיב תשובות מלאות וכנות לשאלות המופיעות בשאלונים מטה.
 ידוע לי שככל שיימצא שהפרטים שמסרתי בשאלוני הבריאות, כולם או מקצתם, אינם הפרטים הנכונים והמלאים לגבי מצבי הבריאותי במועד מת
 ההצהרה, עשויה לכך להיות השפעה על זכאותי לקבלת קצבת נכות, ובמקרה של פטירה חו"ח, לזכאותם של שאיריי לקבלת קצבת שאירים.
 חתימתי מטה מאשרת כי התשובות המפורטות בשאלונים הן מלאות וכנות וניתנו מרצוני החופשי.

1 שאלון סמים

1. מה סוג הסם?
 אחד מהבאים: חשיש, מריחואנה, גראס, קנאביס?
 סם אחר*
 *בבקשה לצרף מסמך עדכני מרופא הכולל פירוט סמים, בדיקות מעבדה לרבות סרולוגיה ודם בשתן, האם נוטלת/ת כיום או עברת גמילה.

2. האם השימוש רפואי (בהוראת הרופא)?
 לא
 כן - האם השימוש עקב בעיה אורטופדית (גב/עמוד שדרה, ברכיים, מפרקים)?
 לא*
 כן*
 *בבקשה לצרף תעודה רפואית לבעיה הרלוונטית

3. האם משתמש/ת כיום? לא כן
 4. מתי השתמשת בסמים בפעם האחרונה?

5. כמה פעמים בחודש?

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה
.....

2 שאלון לב

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהייתה לך או קיימת כיום בלב?
 התקף לב (אוטם בשריר הלב)
 צנתור
 מחלת לב איסכמית / אנגינה פקטוריס
 ניתוח מעקפים
 הפרעות קצב לב (פלפיטציות)
 מחלות מסתמים:
 באיזה מסתם קיימת הבעיה?
 מיטראלי פולמוני (ריאתי) אורטלי
 טריקוספידלי יותר ממסתם אחד

*בבקשה לצרף תוצאות אקו לב
 איוושה* / "רשרוש" בלב*
 בכל מקרה של תשובה חיובית לאחת או יותר מהאבחנות הבאות - בבקשה
 לצרף מכתב עדכני מקרדיולוג בצירוף תוצאות בדיקות שבוצעו בנושא:
 מומי לב מולדים
 השתלת לב
 קרדיומיופתיה
 אי-ספיקת לב
 בעית לב אחרת:

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה
.....

3 שאלון יתר לחץ דם

1. מהם ערכי לחץ הדם העדכניים?
 הערך גבוה (סיסטולי): הערך נמוך (דיאסטולי):

2. אם הנך מטופל/ת תרופתית? לא כן
 אם אינך מטופל/ת תרופתית ו/או הינך מתחת לגיל 30, בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה
.....

שם הסוכן:

4 שאלון מחלת כלי דם

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהייתה לך או קיימת כיום בכלי הדם?

- דליות בוורידים הרגליים
- האם קיימות תופעות נלוות כגון כאבים, נפיחות, שינויים בעור, בצקות וכדומה? לא כן
- DVT (פקקת / טרומבозה)
- PVD (מחלת כלי דם היקפיים)*
- חסימה / היצרות בעורקי הקרוטיס (עורקי הצוואר)*
- *בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא כולל תוצאות דופלר עורקי צוואר עדכניים
- תופעה / בעיה אחרת בכלי הדם*

*בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל עם פרוט האבחנה, ואופן הטיפול או לפרט מהי הבעיה האחרת:

תאריך שם המועמד/ת לביטוח מספר זהות חתימה

5 שאלון סוכרת

1. בבקשה לציין סוג הסוכרת:

- סוכרת סוג 1 (סכרת תלוית אינסולין, סכרת נעורים)*
- *בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל המתייחס לערכי הסוכר לרבות A1C ופגיעה באיברי מטרה
- סוכרת סוג 2
- מתי אובחנה המחלה? בתאריך:
- סוכרת הריונית:
- האם הנך בהריון כעת? לא כן
 - האם טופלת בחצי שנה האחרונה? לא כן

2. האם רמת הסוכר גבוהה מ-140? לא כן

אם יותר מ-140, בבקשה לפרט מה רמת המוגלובין A1C (המוגלובין מסוכרר) בשאלה הבאה

3. האם ידועה לך רמת ההמוגלובין A1C (המוגלובין מסוכרר)?

לא כן, מה הערך?

אם לא ידוע לך הערך או שהערך גבוה מ-10, בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל המתייחס לאיזון הסכרת והאם קיימת פגיעה באיברי מטרה.

תאריך שם המועמד/ת לביטוח מספר זהות חתימה

6 שאלון צהבת וכבד

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהייתה לך או קיימת כיום הקשורה בצהבת ו/או במערכת העיכול:

- צהבת או נשאות של נגיף הצהבת (הפטיטיס) מסוג:
- צהבת A
- האם תפקודי ואנזימי הכבד תקינים? לא כן
- צהבת B
- צהבת C
- צהבת ילודים
- האם הבעיה עדיין קיימת? לא כן
- צהבת מסוג אחר*
- שחמת*
- הפרעה בתפקודי כבד מסיבה לא ידועה*
- השתלת כבד*
- מחלה או תופעה אחרת בכבד*
- כבד שומני

האם תפקודי ואנזימי הכבד תקינים? לא* כן

במידה וקיים סימון כוכבית (*) לצד השאלה, בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל ותוצאות מעודכנות של בדיקת כבד וסרולוגיה

תאריך שם המועמד/ת לביטוח מספר זהות חתימה

שם הסוכן:

7 שאלון עצמות ושברים

1. באיזה איבר קיימת הבעיה?
 אף מרפק ימין אגן ירכיים רגל ימין
 כתף ימין מרפק שמאל מפרק ירך ימין רגל שמאל
 כתף שמאל יד ימין מפרק ירך שמאל כף רגל ימין
 שתי כתפיים יד שמאל ברך ימין כף רגל שמאל
 צלעות אצבעות ידיים ברך שמאל אחר
 כף-יד ימין בהונות רגליים ראש / גולגולת

2. מהי המחלה, התופעה או הפרעה בעצמות?
 שברי מאמץ עמוד שידרה צווארי (C1-C7)
 שבר עמוד שידרה גבי (T1-T12)
 *האם חלפה חצי שנה מהשבר? לא כן עמוד שידרה מותני תחתון (L1-L5)
 *האם נותרו כאבים, מגבלה או נכות עקב השבר? לא כן
 מחלה, בעיה או תופעה אחרת בעצמות*
 *בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל עם פרוט האבחנה לבעיה בעצמות, ואופן הטיפול או לפרט מהי הבעיה האחרת:

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------	-------

8 שאלון בעיות מפרקים

1. באיזה איבר קיימת בעיית המפרקים?
 כתף ימין שורש כף-יד ימין קרסול ימין
 כתף שמאל שורש כף-יד שמאל קרסול שמאל
 מרפק ימין מפרק ירך ימין אחר
 מרפק שמאל מפרק ירך שמאל

2. מה הבעיה במפרקים?
 נקע (בקרסול) קרסול ימין
 *האם הנקע עדיין קיים? לא כן קרסול שמאל
 *האם יותר מנקע בודד (אירועים חוזרים)? לא כן - מועד אירוע אחרון, תאריך:

3. *האם קיימת מגבלת תנועה או נכות עקב השחיקה? לא כן
 פריקה
 *האם פרקת את אותו המפרק יותר מפעם אחת? לא כן
 *מה היה גילך במועד הפריקה האחרונה?

4. *כמה זמן עבר מהפריקה האחרונה?

*האם מטופל/ת בטיפול תרופתי קבוע? לא כן
 *האם יש קושי בתפקוד היומיומי? לא כן
 אוסטיאוארטריטיס (מחלת פרקים ניוונית OA)
 שבר - יש למלא שאלון שברים
 מחלה, בעיה או תופעה אחרת במפרקים*
 *בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל עם פרוט האבחנה לבעיה במפרקים, הערכה למפרקים הפגועים, התייחסות לתפקוד היומיומי ואופן הטיפול או לפרט מהי הבעיה האחרת:

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------	-------

9 שאלון ברכיים

1. באיזה ברך הבעיה?
 ברך ימין ברך שמאל שתי הברכיים

2. מה הבעיה בברך?
 פריקה קרע ברצועה צולבת
 *האם נותחת או הומלץ לך לעבור ניתוח? לא כן
 *כמה שנים חלפו מהאירוע האחרון?

3. *מה היה גילך במועד האירוע האחרון?

4. *האם נותרו כאבים, נכות או מגבלת תנועה עקב הקרע? לא כן

*האם נותחת או הומלץ לך לעבור ניתוח? לא כן
 *כמה שנים חלפו מהאירוע האחרון?

*בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל עם פרוט האבחנה לבעיה בברכיים, מתייחס לתפקוד היומיומי ואופן הטיפול או לפרט מהי הבעיה האחרת:

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה
-------	--------------------	-----------	-------

שם הסוכן:

10 שאלון גב ועמוד שדרה			
<p>1. מהי המחלה, התופעה או ההפרעה ממנה אתה סובל/סבלת? <input type="checkbox"/> בלט או פריצת דיסק <input type="checkbox"/> עקמת <input type="checkbox"/> שבר בחוליות עמוד השדרה <input type="checkbox"/> אנקילוזיס ספונדיליטיס <input type="checkbox"/> מחלה/תופעה אחרת בגב ועמוד השדרה*</p> <p>*במקרה של בעיה אחרת בגב ועמוד השדרה שלא מפורטת בשאלון בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא כולל אבחנה והטיפול המומלץ</p>			
<p>2. באיזה אזור בגב ועמוד השדרה קיימת בעיה/הפרעה? <input type="checkbox"/> עמוד שדרה צווארי (C1-C7) <input type="checkbox"/> עמוד שדרה גבי (אמצעי) (T1-T12) <input type="checkbox"/> עמוד שדרה מותני תחתון (L1-L5) <input type="checkbox"/> סקרום ועצם הזנב (העצה)</p>			
תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה

11 שאלון תאונות/נכות			
<p>1. מהו האיבר שנפגע? <input type="checkbox"/> ראש / גולגולת <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> כתף ימין <input type="checkbox"/> כתף שמאל <input type="checkbox"/> כתפיים <input type="checkbox"/> צלעות <input type="checkbox"/> כף-יד ימין <input type="checkbox"/> כף-יד שמאל <input type="checkbox"/> שורש כף יד ימין <input type="checkbox"/> שורש כף יד שמאל <input type="checkbox"/> מרפק ימין <input type="checkbox"/> מרפק שמאל <input type="checkbox"/> יד ימין <input type="checkbox"/> יד שמאל <input type="checkbox"/> אצבעות ידיים <input type="checkbox"/> בהונות רגליים <input type="checkbox"/> עמוד שדרה גבי <input type="checkbox"/> עמוד שדרה מותני <input type="checkbox"/> עמוד שדרה צווארי <input type="checkbox"/> אגן ירכיים <input type="checkbox"/> מפרק ירך ימין <input type="checkbox"/> מפרק ירך שמאל <input type="checkbox"/> ללא פגיעה באיברים</p> <p>ברמקה של פגיעה באיבר אחר שלא מפורט בשאלון, בבקשה לפרט בהצהרה מה האיזור שנפגע:</p>			
<p>2. האם עברת ניתוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>3. האם קיימת מגבלה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>4. האם קיימת נכות? <input type="checkbox"/> לא, האם הוגשה תביעה לנכות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> כן, מה אחוזי הנכות?</p>			
תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה

12 שאלון אשפוזים וניתוחים			
<p>1. מהי סיבת האשפוז או הניתוח? <input type="checkbox"/> בעיה שדיווחת עליה בשאלות קודמות <input type="checkbox"/> לידה <input type="checkbox"/> ניתוח אפנדציט <input type="checkbox"/> דלקת גרון (אירוע בודד) <input type="checkbox"/> פגיעת ראש* <input type="checkbox"/> דלקת ריאות <input type="checkbox"/> התייבשות <input type="checkbox"/> דלקת בדרכי השתן (אירוע בודד) <input type="checkbox"/> ניתוח הזעת יתר <input type="checkbox"/> דלקת אוזניים (אירוע בודד) <input type="checkbox"/> ניתוח להפחתת משקל <input type="checkbox"/> (קיצור קיבה, טבעת, בלון וכדו') <input type="checkbox"/> דלקת בדרכי הנשימה <input type="checkbox"/> ניתוח הגדלת חזה <input type="checkbox"/> ניתוח קיסרי <input type="checkbox"/> הפלה (אירוע בודד)</p> <p>*בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא אודות האשפוז / ניתוח, הטיפול שניתן והמצב כיום</p> <p>*בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל אודות האשפוז/ ניתוח, פרוט הטיפול שניתן והמצב כיום או לפרט מהי הניתוח/אשפוז האחר:</p> <p>.....</p> <p>*דלקת קרום המוח*</p> <p>*בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המפרט את סיבת האשפוז/ניתוח והמצב כיום</p> <p>2. האם חלפה חצי שנה ממועד הניתוח/אשפוז: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>3. האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל</p>			
תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר זהות	חתימה