

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.

15. שאלון נשים

1. רחם וצוואר הרחם

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה הקשורה ברחם וצוואר הרחם?

ציסטה / גידול שפיר

■ האם עברת כריתת רחם? לא כן

מיומה

■ האם עברת כריתת רחם? לא כן

צניחת רחם

מחלת צוואר הרחם / CIN

דימום רחם

סרטן ברחם/ סרטן צוואר הרחם*

***בבקשה לצרף מכתב עדכני מהאונקולוג המתייחס לממאירות, הטיפול שניתן, מועד סיום הטיפולים והמצב העדכני**

בעיה / תופעה אחרת ברחם*

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

.....
.....

2. שדיים

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה הקשורה בשדיים?

שדיים פיברוציסטיים

ציסטה / גידול שפיר

■ באיזה צד: ימין שמאל דו צדדי

■ מתי התגלה, תאריך:

■ האם ציסטה אחת/גידול שפיר אחד לא כן

הגדלת חזה

הקטנת חזה

סרטן השד*

***בבקשה לצרף מכתב עדכני מהאונקולוג המתייחס לממאירות, הטיפול שניתן, מועד סיום הטיפולים והמצב העדכני**

כריתת שדיים מניעתית - ניתוח בעבר או המלצה לניתוח

בעיה / תופעה אחרת בשדיים*

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

.....
.....

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך



dt2420

3. שחלות

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה הקשורה בשחלות?

ציסטה / גידול שפיר

באיזה צד: ימין שמאל דו צדדי

מתי התגלתה הבעיה, תאריך.....

האם ציסטה אחת/גידול שפיר אחד לא כן

האם עברת כריתת שחלה/ות? לא כן

שחלות פוליציסטיות

סרטן בשחלה*

***בבקשה לצרף מכתב עדכני מהאונקולוג המתייחס לממאירות, הטיפול שניתן, מועד סיום טיפולים והמצב העדכני**

בעיה / תופעה אחרת בשחלות*

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

.....

4. חצוצרות

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה הקשורה בחצוצרות?

ציסטה / גידול שפיר

באיזה צד: ימין שמאל דו צדדי

מתי התגלתה הבעיה, תאריך.....

האם ציסטה אחת/גידול שפיר אחד לא כן

האם עברת כריתת חצוצרה/ות? לא כן

סרטן בחצוצרה*

***בבקשה לצרף מכתב עדכני מהאונקולוג המתייחס לממאירות, הטיפול שניתן, מועד סיום טיפולים והמצב העדכני**

בעיה / תופעה אחרת בחצוצרות*

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

.....

5. אחר

היריון מחוץ לרחם

אנדומטריוזיס

הפלות - האם מדובר ב:

אירוע אחד

הפלות חוזרות (יותר מ-3 בשנה)

הידבקויות בחלל הבטן

בעיה/תופעה גניקולוגית אחרת*

***בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המציין אבחנה מדויקת והטיפול המומלץ**

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

ת.ז של הורה (במקרה של קטין)

שם ההורה (במקרה של קטין)

