

יש להשיב תשובות מלאות וכנות לשאלות המופיעות מטה. התשובות ישמשו יסוד לחוזה הביטוח ביןך 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 הירכיים     | <input type="checkbox"/> אצבע יד ימין       | <input type="checkbox"/> גולגולת       | <input type="checkbox"/> מרפק ימין        |
| <input type="checkbox"/> אף              | <input type="checkbox"/> אצבע יד שמאל       | <input type="checkbox"/> יד ימין       | <input type="checkbox"/> מרפק שמאל        |
| <input type="checkbox"/> אצבע 1 רגל ימין | <input type="checkbox"/> אגודל יד ימין      | <input type="checkbox"/> יד שמאל       | <input type="checkbox"/> עמוד שדרה גבי    |
| <input type="checkbox"/> אצבע 1 רגל שמאל | <input type="checkbox"/> אגודל יד שמאל      | <input type="checkbox"/> כף יד ימין    | <input type="checkbox"/> עמוד שדרה מותני  |
| <input type="checkbox"/> אצבע 2 רגל ימין | <input type="checkbox"/> אצבע האמה ביד ימין | <input type="checkbox"/> כף יד שמאל    | <input type="checkbox"/> עמוד שדרה צווארי |
| <input type="checkbox"/> אצבע 2 רגל שמאל | <input type="checkbox"/> אצבע האמה ביד שמאל | <input type="checkbox"/> כף רגל ימין   | <input type="checkbox"/> צלעות            |
| <input type="checkbox"/> אצבע 3 רגל ימין | <input type="checkbox"/> זרת יד ימין        | <input type="checkbox"/> כף רגל שמאל   | <input type="checkbox"/> קרסול ימין       |
| <input type="checkbox"/> אצבע 3 רגל שמאל | <input type="checkbox"/> זרת יד שמאל        | <input type="checkbox"/> כתף ימין      | <input type="checkbox"/> קרסול שמאל       |
| <input type="checkbox"/> אצבע 4 רגל ימין | <input type="checkbox"/> קמיצה יד ימין      | <input type="checkbox"/> כתף שמאל      | <input type="checkbox"/> רגל ימין         |
| <input type="checkbox"/> אצבע 4 רגל שמאל | <input type="checkbox"/> קמיצה יד שמאל      | <input type="checkbox"/> כתפיים        | <input type="checkbox"/> רגל שמאל         |
| <input type="checkbox"/> אצבע 5 רגל ימין | <input type="checkbox"/> ברך ימין           | <input type="checkbox"/> מפרק ירך ימין | <input type="checkbox"/> שורש כף יד ימין  |
| <input type="checkbox"/> אצבע 5 רגל שמאל | <input type="checkbox"/> ברך שמאל           | <input type="checkbox"/> מפרק ירך שמאל | <input type="checkbox"/> שורש כף יד שמאל  |
|  | <input type="checkbox"/> ברכיים             |  | <input type="checkbox"/> אחר              |

### 2. מהי המחלה, התופעה או הפרעה בעצמות?

שברי מאמץ

שבר

האם חלפה חצי שנה מהשבר?

לא  כן

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:**

.....  
.....

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

ת.ז של הורה (במקרה של קטין)

שם ההורה (במקרה של קטין)



dt2420