

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.

9. שאלון מערכת העיכול

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהייתה לך או קיימת כיום במערכת העיכול:

☐ הליקובקטר פילורי	☐ אבנים בדרכי כיס המרה
☐ אולקוס (כיב) בקיבה	■ האם עברת ניתוח? ☐ לא ☐ כן
■ האם עברת ניתוח?	■ האם הוצא כיס המרה? ☐ לא ☐ כן
■ מתי היה האירוע/ההתקף האחרון, תאריך.....	☐ קריון
☐ אולקוס (כיב) בתריסריון	■ האם עברת ניתוח? ☐ לא ☐ כן
■ האם עברת ניתוח?	■ מתי היה האירוע/ההתקף האחרון, תאריך.....
■ מתי היה האירוע/ההתקף האחרון, תאריך.....	■ האם הנך מטופל/ת תרופתית?
☐ גסטריטיס	☐ לא
☐ רפלוקס בדרכי העיכול	☐ כן, יש לציין את סוג הטיפול
■ מתי היה האירוע/ההתקף האחרון, תאריך.....	☐ סטרואידים
☐ מעי רגיז	☐ אחר.....
☐ חסימת מעיים*	☐ קוליטיס
*בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המציין אבחנה והטיפול המומלץ	■ האם עברת ניתוח? ☐ לא ☐ כן
☐ פוליפים במערכת העיכול	■ מתי היה האירוע/ההתקף האחרון, תאריך.....
■ האם עברת ניתוח?	■ האם הנך מטופל/ת תרופתית?
■ האם הממצא שפיר (לא ממאיר)? ☐ לא ☐ כן	☐ לא
☐ ניתוח להפחתת משקל (קיצור קיבה, טבעת, בלון וכדומה)	☐ כן, יש לציין את סוג הטיפול
האם חלפה חצי שנה ממועד הניתוח:	☐ סטרואידים
☐ לא*	☐ אחר.....
☐ כן	☐ בעיה/תופעה אחרת במערכת העיכול*
*בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא המטפל עם פרוט האבחנה, ואופן הטיפול או לפרט מהי הבעיה האחרת:	
☐ צליאק	
☐ צרבת	

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך



^dt2420

עמוד 1 מתוך 1

מסמך 2420