ב. תכניות הביטוח המבוקשות (נא לסמן ☑ במקום הרלוונטי):
יש לבחור מסלול ניתוחים מהשקל הראשון או מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן (לא ניתן לרכוש הרחבה מסלול שקל ראשון או שב"ן ללא רכישת רובד בסיס)

תיאור	עובד/ת	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	ילד 5	ילד 6
רובד בסיס	מבוטח במימון מעסיק							
רובד הרחבה במסלול ניתוחים מהשקל הראשון								
רובד הרחבה במסלול ניתוחים לבעלי שב"ן (משלים שב"ן)								

שאלון בריאות

	עובד/ת		בן/ת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		ילד 5		ילד 6	
יש למלא גובה ומשקל לכל מועמד מעל גיל 14																
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
האם הינך סובל ממחלה כרונית כגון יתר לחץ דם, סכרת, מחלת לב, סרטן?																
האם הינך נוטל תרופות באופן קבוע ?																
האם אושפזת/ה בבית חולים בשלוש השנים האחרונות ?																
האם עברת ניתוח ו/או טיפול רפואי כל שהוא בשלוש השנים האחרונות ?																
האם את/ת מיועד לעבור ניתוח או לקבל טיפול רפואי כל שהוא בעתיד ?																
האם הינך זקוק לעזרה כל שהיא בביצוע פעולות היום יום: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות ?																
האם הינך סובל ממחלה או מגבלה הקשורה בצוואר, גב, מתניים, רגליים, ידיים?																

מועמד/ת – אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:
_____
_____
תאריך: _____ **חתימה:** _____

מועמד/ת – אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:
_____
_____
תאריך: _____ **חתימה:** _____

מועמד/ת – אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:
_____
_____
תאריך: _____ **חתימה:** _____

מועמד/ת – אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:
_____
_____
תאריך: _____ **חתימה:** _____

מועמד/ת – אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:
_____
_____
תאריך: _____ **חתימה:** _____

מועמד/ת – אם אחת מן התשובות חיובית, אנא פרט:
_____
_____
תאריך: _____ **חתימה:** _____