

שאלון מחלות מפורט

שם המועמד לביטוח: _____ ת.ז.: _____

1. נא לסמן ב- X את המחלה אליה מתייחס שאלון זה (יש למלא שאלון נפרד לכל מחלה):

- ☐ סכרת ☐ אפילפסיה ☐ מחלות דרכי הנשימה ☐ אסטמה ☐ ליקויים בעמוד השדרה
☐ כאבי גב ☐ יתר לחץ דם ☐ מחלות דרכי העיכול ☐ אולקוס ☐ קוליטיס ☐ מחלות כבד
☐ מחלת כליות ודרכי שתן ☐ אחר (נא פרט): _____

2. אבחנה מדויקת של המחלה: _____

3. דרך אבחון המחלה (צילומים, בדיקות וכו'): _____

4. תאריך התקף ראשון / תאריך אבחון המחלה: _____

5. תאריך התקף אחרון: _____ 6. מספר התקפים בשנתיים האחרונות: _____ 7. משך כל התקף _____

8. טיפול רפואי שניתן: בעבר (ציין שנה) _____ בהווה _____

9. האם שינית את מקום עבודתך או עיסוקך בעקבות מחלתך? ☐ לא, ☐ כן (נא פרט): _____

10. האם נעדרת מעבודתך בעקבות מחלתך? ☐ לא, ☐ כן (נא פרט מועדים ותקופות): _____

ענה על השאלות הבאות אם השאלון מתייחס לאחת המחלות המפורטות בהן:

11. במקרה של יתר לחץ דם:

ערכי לחץ הדם: בעבר (ציין שנה) _____ בהווה _____

12. במקרה של סכרת:

ערכי הסוכר בדם: בעבר (ציין שנה) _____ בהווה _____

האם היה לך עלפון (COMA) כתוצאה מהסכרת? ☐ לא, ☐ כן (מתי?) _____

13. במקרה של הפרעות בדרכי העיכול:

האם היה לך דם בצואה (MELAENA) או הקאה דמית? ☐ לא, ☐ כן, (מתי?) _____

אני החתום מטה, מצהיר בזה שכל תשובותי הן נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקפו.

תאריך: _____ חתימת המועמד לביטוח: _____