



מספר שאלון : 8

שם הסוכן	מספר פוליסה / הצעה
----------	--------------------

שם המועמד	מס' ת.ז.	תאריך לידה
-----------	----------	------------

1. ציין מהי המחלה / המום / התופעה הרפואית ממנה אתה סובל:

1 עיניים

1.1 עיוורון כבדות ראייה

1.1.1 מלידה

1.1.2 בעין ימין בעין שמאל

1.2 עיוורון פתאומי זמני ו/או חולף

פרט _____

1.3 קטרקט מולד נרכש

1.3.1 עין ימין עין שמאל

1.3.1.1 נותח, נא מלא שאלון ניתוחים

1.4 הפרדת רשתית דימום ברשתית דלקת רשתית

1.4.1 בעין שמאל בעין ימין

1.4.1.2 האירוע היה במהלך השנה האחרונה כן לא

1.4.1.3 האירוע היה על רקע תאונה /חבלה כן לא

1.4.1.4 בעקבות האירוע נותר נזק לעין ו/או לראיה כן לא

פרט _____

1.5 קרטוקונוס (ניוון קרנית) כן לא

1.6 גלאוקומה (לחץ תוך עיני) כן לא

1.6.1 קיימת פגיעה בשדה הראייה כן לא

1.7 שימוש קבוע במשקפי ראייה /עדשות מעל מספר 7 פלוס או מינוס כן לא

1.7.1 עדשות בין 7 עד 8 +/- כן לא

1.7.2 עדשות 8 ומעלה +/- כן לא

1.8 ניתוח לשיפור הראייה

1.8.1 מידת עדשות טרום הניתוח הייתה _____

1.8.2 צניחת עפעפיים כן לא

1.9 פזילה

1.9.1 נותח נא למלא שאלון ניתוחים

1.10 עין עצלה כן לא במידה וכן ימין שמאל

1.11 אובאיטיס כן לא

1.12 ניוון של הרשתית פגיעה בעצב ראייה רטיניטס פיגמנדוזה כפל ו/או טשטוש ראייה

1.13 כלדיון פטרגיום

1.13.1 נותח, נא מלא שאלון ניתוחים

הצהרה

אני החתום מטה המועמד לביטוח, מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

- כל המידע אשר נמסר על ידי בתשובות לשאלות החברה בטופס זה ובהצהרת הבריאות הנכללת במסגרתו, הינן מלאות, נכונות וכנות.
- ידוע לי כי המידע האמור מהווה מידע בעניין מהותי שיש בו כדי להשפיע על נכונות החברה לכרות את חוזה הביטוח ו/או קבלתי לכיסוי הביטוחי בכלל ו/או בתנאים שבו, והוא מהווה בסיס להסכמת החברה לכריתת חוזה הביטוח בתנאים בו נכרת ובפרט לעניין דמי הביטוח ותנאי הכיסוי הביטוחי.
- ידוע לי כי בהתאם לדין החל, מסירת תשובות שאינן מלאות וכנות, עלולה להשפיע על תשלום תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח על פי חוזה הביטוח.
- ידוע לי שחוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר השלמת תהליך החיתום ואישור החברה על קבלתי לביטוח.

תאריך	חתימת המועמד
-------	--------------