



מספר שאלון : 15

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

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

1.	מתי אובחנת כסובל ממחלת הסכרת?	
2.	מהו סוג הסוכרת שאובחן? <input type="checkbox"/> סוג 1 <input type="checkbox"/> סוג 2	
3.	כיצד מטופלת מחלת הסכרת שלך?	
	אינסולין	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
	כדורים? איזה?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
	באופן אחר, פרט	
4.	האם הינך נמצא במעקב סכרת אצל: (נא לסמן את הנכון) <input type="checkbox"/> רופא <input type="checkbox"/> בית חולים <input type="checkbox"/> מרפאה	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
	אם כן, נא פרט מתי בוצע מעקב אחרון _____ שם הרופא _____	
5.	תוצאות בדיקת סוכר בצום עדכנית: _____	
	תוצאות בדיקת HBA1C עדכנית: _____	
6.	האם יש לך או היו לך סיבוכים של סכרת כמו:	
	מחלת עיניים	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
	מחלת לב	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
	מחלות כלי דם כגון טרשת	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
	זיהום ו/או נמק	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
	מחלות של מערכת עצבים כגון פולינאורופתיה	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
	איבוד הכרה עקב סכרת	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
	מחלת כליות	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
	מחלה אחרת, פרט	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

הצהרה	
אני החתום מטה המועמד לביטוח, מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:	
1. כל המידע אשר נמסר על ידי בתשובות לשאלות החברה בטופס זה ובהצהרת הבריאות הנכללת במסגרתו, הינן מלאות, נכונות וכנות.	
2. ידוע לי כי המידע האמור מהווה מידע בעניין מהותי שיש בו כדי להשפיע על נכונות החברה לירות 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.	
3. ידוע לי כי בהתאם לדין החל, מסירת תשובות שאינן מלאות וכנות, עלולה להשפיע על תשלום תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח על פי חוזה הביטוח.	
4. ידוע לי שחוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר השלמת תהליך החיתום ואישור החברה על קבלתי לביטוח.	
תאריך	חתימת המועמד

חובה לצרף תוצאות מעבדה עדכנית הכוללת: גלוקוז, פרופיל שומנים, HBA1C, בדיקת שתן