



שאלון סכרת

למילוי ע"י המועמד לביטוח

שם: ת.ז.:
כתובת: תאריך לידה:

1. שם המועמד לביטוח

2. שם הרופא המטפל, או שם מומחה לסכרת וכתובתו:

3. האם ישנה מחלת סכרת במשפחתך? (נא לציין את גיל התחלת המחלה)

4. ממתי הינך סובל מסכרת?

5. האם הינך נמצא בהשגחה רפואית תמידיית למחלת הסכרת, ובאיזו תדירות הנך מבקר אצל הרופא?

6. תאריך הביקור האחרון אצל הרופא המטפל

7. באיזו תדירות מבוצעות בדיקות סוכר בדם ומה תוצאות הבדיקות האחרות? (כולל תוצאות HbA1c)

8. האם אתה שומר על דיאטה? (נא לפרט)

9. האם אתה מקבל או קבלת בעבר טיפול ע"י כדורים נגד סכרת (נא לפרט שם התרופה, מינון ותדירות לקיחת התרופה)

10. האם הנך מקבל או קבלת בעבר טיפול בזריקות אינסולין? (נא לפרט שם, מין ותדירות)

11. האם היו שינויים בצורך ובסוג הטיפול בשנה האחרונה?

12. האם אושפזת בבית חולים? (נא לפרט ולצרף סיכון המחלה)

13. האם היית מחוסר הכרה בגלל סכרת? (נא לציין תאריכים)

14. האם הנך סובל מפגיעות ו/או מחלות: (נא לפרט)

עיניים

מחלות לב או דם:

מחלת כליות או דרכי שתן:

שינויים בתחושת הרגליים:

זיהומים או דלקות הרגלים:

אני החתום מטה, אשר את חיי יש לבטח, מצהיר בזאת שכל תשובותי הנ"ל נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעה לביטוח חיים, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר האמור לעיל, לא יהיה הביטוח בתוקף.

חתימת המועמד לביטוח
מק"ט :

תאריך
קוד סריקה : 118