



שאלון עיניים

ת.ז. :
תאריך לידה:

שם :
כתובת:

1. מאיזו מחלת עיניים אתה סובל?

2. האם אתה סובל ממחלת גלאוקומה? ממתית?

3. מה הטיפול שקיבלת בעבר?

4. מה הטיפול שאתה מקבל היום?

5. האם יעצו לך לעבור ניתוח? איזה?

6. מתי עברת ניתוח והיכן?

7. האם אתה מרכיב משקפיים? _____ מה מספר העדשות? _____
8. מה מצב העיניים כיום? האם יש לך מגבלות?

9. הערות :

אני החתום מטה, אשר את חייו יש לבטח, מצהיר בזאת שכל תשובותי הנ"ל נכונות ומלאות ושלא העלמת 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

תאריך

מק"ט :

קוד סריקה : 118