



שאלון על הפרעות בדרכי העיכול

(למילוי ע"י המועמד לביטוח)

ת.ז. :

שם :

תאריך לידה:

כתובת:

1. האם הנך סובל מכיב, או מחלה אחרת בדרכי העיכול? נא לציין את שם המחלה:

2. סימני המחלה:

א. תאור ההתקפים:

ב. תדירות ומשך ההתקפים:

ג. תאריך ההתקף הראשון _____ תאריך ההתקף האחרון _____

3. האם הנך סובל מ- חוסר דם _____ צואה שחורה _____ הקאה דמית _____

בחילה _____ הקאה או ירידה במשקל _____ שלשולים כרוניים _____

שלשולים עם דם טרי _____ (נא לציין בתשובות "כן" או "לא")

4. מספר ימי העדרות מהעבודה בשנה האחרונה בגלל המחלה _____

5. תוצאות הבדיקות:

צילום רנטגן: _____

בדיקות אחרות (נא פרט): _____

6. שם הרופא המטפל וכתובתו (או מומחה אחר למחלתך) _____

7. האם אושפזת בבית חולים? (פרט וצרף סיכום מחלה) _____

שם בית החולים: _____

תאריך אישפוז: _____

טפול שקבלת: _____

8. האם הנך מקבל או קבלת טיפול תרופתי? (נא לציין תרופה וכמות יומית) _____

9. האם עברת ניתוח? (פרט) _____

10. האם הנך מרגיש הפרעות מאז הניתוח? (נא פרט) _____

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