



שאלון על מחלת לב, לחץ דם וכלי דם (למילוי ע"י המועמד לביטוח)

שם: _____ ת.ז.: _____
כתובת: _____ תאריך לידה: _____

1. האם אתה סובל מאחת מהמחלות הבאות:

- א. מחלת לב מלידה
ב. מחלת לב עקב דלקת פרקים
ג. אנגינה פקטוריס או אחרי התקפת לב
ד. שינויים בקצב דופק הלב
ה. מחלה מסתמי לב
ו. מחלת לב אחרת (נא לפרט)
ז. לחץ דם גבוה

2. א. ממתי הינך סובל מהמחלה הנ"ל?

ב. מתי התחלת בטיפול?

3. האם אושפזת בבתי חולים עקב המחלה? (נא לפרט ולהוסיף מסמכים רפואיים במידה ויש):

שם בית החולים	שנת אישפוז ומשך האישפוז	טיפול שקיבלת
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4. שם הקרדיולוג המטפל הנוכחי:

5. האם הנך מקבל או קבלת תרופות? נא לפרט כמות יומית:

דיגוקסין

כדורים להוצאת נוזלים מהגוף

כדורים לטיפול באנגינה פקטוריס

כדורים להורדת לחץ הדם

תרופות אחרות

6. האם יש לך כאבים באזור הלב? אם כן באיזו תדירות ואחרי איזה מאמץ:

7. האם הנך סובל מקוצר נשימה אחרי מאמץ?

8. האם הינך סובל מקוצר נשימה בזמן שכיבה?

9. האם הרגליים נפוחות?

10. האם הנך מרגיש דפיקות לב מהירות אחרי מאמץ?

11. האם הנך סובל מכאב ראש כרוני?

12. האם עברת שיתוק? (נא לפרט):

13. האם הנך סובל מכאבי רגליים בזמן מאמץ?

14. האם בצעת בדיקת א.ק.ג במאמץ או מיפוי לב במאמץ בשנתיים האחרונות? (נא לצרף תשובת רופא)

15. פרט את המדידות האחרונות של לחץ הדם:

_____	תוצאות:	_____	א. תאריך:
_____	תוצאות:	_____	ב. תאריך:
_____	תוצאות:	_____	ג. תאריך:

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

חתימת המועמד לביטוח
מק"ט :

תאריך
קוד סריקה : 118