

שם הסוכן
מספר סוכן
מספר פוליסה/הצעה



שאלון הפרעות בדרכי עיכול

נבקש להעביר אלינו טופס זה באמצעות סוכן הביטוח שלך או ישירות לחברתנו לכתובת:
הראל חברה לביטוח, האגף לביטוח חיים, בית הראל - ת.ד. 1951, רמת גן 52118

שם המועמד: _____ מס' זהות: _____ (9 ספרות) גיל: _____

1. האם הנך סובל מכיב או מחלה אחרת בדרכי העיכול? לא / כן.

אם כן, נא ציין את שם המחלה

2. סימני המחלה: א. תיאור ההתקפים

ב. תדירות ומשך ההתקפים

ג. תאריך ההתקף הראשון

תאריך ההתקף האחרון

3. האם הינך סובל מ-:

חוסר דם לא / כן. הקאה לא / כן.

צואה שחורה לא / כן. ירידה במשקל לא / כן.

הקאה דמית לא / כן. שלשולים כרוניים לא / כן.

בחילה לא / כן.

4. מספר ימי היעדרות מהעבודה בשנה האחרונה בגלל מחלה

5. תוצאות בדיקות: צילום רנטגן

בדיקות אחרות: (נא לפרט)

6. האם אושפזת בבית חולים? לא / כן. אם כן, נא פרט:

שם בית החולים

תאריך אישפוז

טיפול שקבלת

7. האם הנך מקבל טיפול שוטף (כגון דיאטה, תרופות וכו')? לא / כן. אם כן, נא פרט:

8. האם עברת ניתוח? לא / כן. אם כן, נא פרט:

9. האם הנך מרגיש הפרעות מאז ניתוח? לא / כן. אם כן, נא פרט:

הצהרה

אני החתום מטה אשר את חייו יש לבטח, מצהיר בזה שכל תשובותי הנ"ל הן נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון/ים זה/אלו מהווה/ים חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח חיים, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות,

במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל, לא יהיה הביטוח בתוקף.

חתימת המועמד

תאריך

הדפס