



שם הסוכן
מספר סוכן
מספר פוליסה/הצעה



שאלון מחלות דרכי השתן

נבקשך 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. סמן את המחלה/ות שאתה סובל או סבלת מהן :

דלקת כליות

אבנים בכליות

זיהום דרכי השתן

אחר:

2. ממתי הינך סובל מהמחלה הנ"ל? _____

3. האם המחלה פגעה רק בכליה אחת, ציין איזה : _____

כמה התקפים קיבלת ב- 3 השנים האחרונות? פרט תאריכים: _____

כן. אם כן, ציין באיזה בי"ח? _____