

שם הסוכן
מספר סוכן
מספר פוליסה/הצעה



שאלון סכרת

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. מתי נודע לך כי חלית בסכרת ?
2. מה סוג הטיפול שהינך מקבל לאיזון המחלה ?
 - אינסולין, האם המינון פחות מ- 100 יחידות ליום ? לא / כן.
 - כדורים
 - אחר, פרט
3. במשך שנה אחרונה היית במעקב אצל:
 - רופא / בית חולים / מרפאה (פרט שם וכתובת)
 - על דעת עצמי
4. סוכר בצום בשנה האחרונה:
 - תמיד פחות מ- 130
 - אף פעם לא יותר מ- 300
5. האם יש לך או היו לך סיבוכים של סכרת כמו:

לא	כן		לא	כן	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	מחלות של עצבים כגון פולינדרופטיה	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	מחלת עיניים
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	אבוד הכרה עקב סכרת	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	מחלת לב
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	מחלות כליות	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	אוטם שריר הלב
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	זיהום ונמק	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	מחלות עורקים כגון טרשת
			אחרים, פרט		

6. האם יש בעיסוקך או תחביבך סיכונים כגון:
 - חומרים רדיואקטיביים, קרינה,
 - חומרי נפץ, צניחה,
 - טיסות פרטיות וספורטיביות, תחרויות,
 - ריצה, אחר

הצהרה

אני החתום מטה אשר אתייו 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