



שם הסוכן
מספר סוכן
מספר פוליסה/הצעה



שאלון עיניים / אוזניים

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: _____

סמן את סוג המחלה עיניים / אוזניים

1. מאיזו מחלת עיניים/אוזניים אתה סובל? _____
2. מתי גילו לראשונה את המחלה? _____
3. מה הטיפול שקיבלת בעבר? _____
4. האם נותחת? לא / כן. אם כן, פרט מתי והיכן: _____
5. תאריך בדיקה אחרונה: _____ היכן בוצעה? _____
6. מה התוצאות ומצבך כיום? _____
- מה הטיפול שהינך מקבל היום? _____
- _____
- _____
- _____ ? פרט: _____