



שאלון 2 - לב וכלי דם

שם המועמד:	מספר זהות:	שם הסוכן:
------------	------------	-----------

לב	
1. מום לב מולד <input type="checkbox"/> ASD - פגם במחיצה הבין פרודורית <input type="checkbox"/> VSD - פגם במחיצה הבין חדרית <input type="checkbox"/> PDA - צינור עורקני פתוח <input type="checkbox"/> PFO - חלון סגלגל פתוח <input type="checkbox"/> TETRALOGY OF FALLOT - טטרולוגיה ע"ש פאלוט <input type="checkbox"/> TGA - טרנספורמציה של העורקים הגדולים	2. בעיה במסתמי הלב <input type="checkbox"/> מסתם פולמונרי <input type="checkbox"/> מסתם מיטראלי <input type="checkbox"/> מסתם אאורטאלי <input type="checkbox"/> מסתם טריקוספידלי
3. מחלת לב <input type="checkbox"/> כאבי חזה (אנגינה פקטוריס) <input type="checkbox"/> התקף לב/אוטם שריר הלב <input type="checkbox"/> IHD - מחלת לב איסכמית <input type="checkbox"/> הפרעת קצב לב <input type="checkbox"/> פלפיטציות <input type="checkbox"/> קרדיומיופתיה	<input type="checkbox"/> אי ספיקת לב <input type="checkbox"/> צינתור (במידה ורכשת כיסוי ריסק יש לצרף דוח צינתור) <input type="checkbox"/> ניתוח מעקפים <input type="checkbox"/> איוושה <input type="checkbox"/> מחלת לב אחרת: _____

שאלון כלי דם

4. מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהייתה לך או קיימת כיום בכלי הדם? <input type="checkbox"/> דליות בוורידים הרגליים <input type="checkbox"/> האם קיימות תופעות נלוות כגון כאבים, נפיחות, שינויים בעור, בצקות וכדומה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> DVT (פקקת/טרומבוזת) <input type="checkbox"/> PVD (מחלת כלי דם היקפיים)* <input type="checkbox"/> חסימה/היצרות בעורקי הקרוטיס (עורקי הצוואר)* <input type="checkbox"/> *בבקשה לצרף מכתב עדכני מהרופא כולל תוצאות דופלר עורקי צוואר עדכניים <input type="checkbox"/> תופעה/בעיה אחרת בכלי הדם* <input type="checkbox"/> *בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל עם פרוט האבחנה, ואופן הטיפול או לפרט מהי הבעיה האחרת: _____ _____
--

* הנני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים שמסרתי נכונים ומלאים. ידוע לי כי שאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח.

תאריך _____ שם המועמד / מבוטח _____ מס' ת. זהות _____ חתימה _____ X

אני, סוכן/סוכנת הביטוח: _____, מצהיר בזאת כי בתאריך: _____ בשעה: _____ שאלתי את המועמד לביטוח/המבטוח את כל השאלות המפורטות בשאלון לאחר שהבהרתי לו כי השאלון הינו חלק בלתי נפרד ממסמכי ההצעה ואלו הן תשובותיו.

תאריך _____ שם הסוכן/סוכנת הביטוח _____ חתימה _____ X



dt3448

*3453

www.hcsra.co.il | 03-7960000 | 5811801 חולון 1877 ת.ד. 6, המלאכה | הכשרה חברה לביטוח בע"מ |