

[illegible]

| שאלה                                                                             | תשובה |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1. מה מועד גילוי הבעיה?                                                          |       |
| 2. מה האבחנה לבעיה?                                                              |       |
| 3. האם בעיה קיימת בעין אחת או בשתיהן?                                            |       |
| 4. האם אושפזת / נותחת בגין בעיה זו?<br>האם הומלץ לך לעבור ניתוח?                 |       |
| 5. אם ידוע לך, נא פרט סיבת הבעיה<br>(מחלה/תאונה/נזק מתמשך/בעיה משנית למחלה אחרת) |       |
| 6. האם ניתן טיפול לבעיה? אם כן, פרט.<br>אם תרופתי יש לציין שם התרופה והמינון.    |       |
| 7. האם הוכרו % נכות בגין הבעיה? אם כן, כמה?                                      |       |
| 8. האם בוצעו בדיקות ראייה?<br>אם כן, מתי ומה היו תוצאותיהן?                      |       |
| 9. האם הינך מרכיב משקפיים/עדשות?<br>אם כן, מה מספר בכל עין?                      |       |

|       |             |                   |       |
|-------|-------------|-------------------|-------|
| חתימה | מס' ת. זהות | שם המועמד / מבוטח | תאריך |
|-------|-------------|-------------------|-------|

\_\_\_\_\_X  
 חתימה שם הסוכן/סוכנת הביטוח תאריך



^dt2149

**\*3453**