

יש להשיב תשובות מלאות וכנות לשאלות המופיעות מטה. התשובות ישמשו יסוד לחוזה הביטוח ביןך לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. אם לא יענו באופן מלא וכנה, תוכל להיות לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח. חתימתי למטה מאשרת כי התשובות המפורטות בשאלונים הן מלאות וכנות וניתנו מרצוני החופשי.

27. שאלון מחלות בני משפחה - לכיסוי מענקית זהב/סרטן

מהי המחלה שאובחנה אצל אחד או יותר מקרוביך מדרגה ראשונה בלבד (הורים/אחים)?

<p><input type="checkbox"/> סכרת</p> <p>כמה בני משפחה אובחנו?</p> <p>כמה בני משפחה אובחנו?</p> <p><input type="checkbox"/> אלצהיימר</p> <p>כמה בני משפחה אובחנו?</p> <p>מה גיל בן המשפחה בעת האבחון? (במידה וחלו כמה בני משפחה, יש לציין את הגיל הצעיר ביותר)</p> <p><input type="checkbox"/> פרקינסון</p> <p>כמה בני משפחה אובחנו?</p> <p>מה גיל בן המשפחה בעת האבחון? (במידה וחלו כמה בני משפחה, יש לציין את הגיל הצעיר ביותר)</p> <p><input type="checkbox"/> טרשת נפוצה</p> <p>כמה בני משפחה אובחנו?</p> <p>מהו סוג הקרבה - האם אח תאום? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>מהו סוג הקרבה - האם שני ההורים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p><input type="checkbox"/> ניוון שרירים</p> <p>כמה בני משפחה אובחנו?</p> <p><input type="checkbox"/> הנטינגטון</p>	<p><input type="checkbox"/> מחלת לב</p> <p>כמה בני משפחה אובחנו?</p> <p><input type="checkbox"/> סרטן השד</p> <p>כמה בנות משפחה אובחנו?</p> <p>מה גיל בת המשפחה בעת האבחון? (במידה וחלו כמה בנות משפחה, יש לציין את הגיל הצעיר ביותר)</p> <p><input type="checkbox"/> סרטן שחלות</p> <p>האם עברת כריתה מניעתית גורפת הכוללת שדיים, שחלות וחצוצרות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>כמה בנות משפחה אובחנו?</p> <p>מה גיל בת המשפחה בעת האבחון? (במידה וחלו כמה בנות משפחה, יש לציין את הגיל הצעיר ביותר)</p> <p><input type="checkbox"/> סרטן הערמונית (סרטן הפרוסטטה)</p> <p>כמה בני משפחה אובחנו?</p> <p><input type="checkbox"/> סרטן מעי, כולל פוליפוזיס משפחתי</p> <p>כמה בני משפחה אובחנו?</p> <p>מה גיל בן המשפחה בעת האבחון? (במידה וחלו כמה בני משפחה, יש לציין את הגיל הצעיר ביותר)</p> <p><input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות</p> <p>האם ביצעת בדיקות נוספות עקב היסטוריה משפחתית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, האם בדיקות תקינות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p>
---	--

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

