

יש להשיב תשובות מלאות וכנות לשאלות המופיעות מטה. התשובות ישמשו יסוד לחוזה הביטוח בין 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.

1. שאלון עיניים

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהיתה לך או קיימת כיום בעיניים?

<input type="checkbox"/> קטרקט	<input type="checkbox"/> פזילה
■ האם עברת ניתוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	■ האם עברת ניתוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך.....
■ האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	■ האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> גלאוקומה (לחץ תוך עיני)	<input type="checkbox"/> ניתוח לייזר לתיקון הראייה
<input type="checkbox"/> היפרדות רשתית	■ מתי בוצע הניתוח, בתאריך.....
<input type="checkbox"/> קרטוקונוס	■ האם נותרו סיבוכים לאחר הניתוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> צניחת עפעפיים	<input type="checkbox"/> חסימה בצינור הדמעות
<input type="checkbox"/> פטריגיום	■ האם עברת ניתוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך.....
■ האם עברת ניתוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך.....	■ האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> ליקוי ראייה (מספר עדשה גבוה מ-8)	■ האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
■ מס' עדשה.....	<input type="checkbox"/> רטינוטיס פיגמנטוזה
<input type="checkbox"/> כילזין	<input type="checkbox"/> אובאיטיס*
■ האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	*בבקשה לצרף מכתב עדכני מרופא העיניים עם התייחסות לאובאיטיס והטיפול המומלץ
<input type="checkbox"/> עיוורון	<input type="checkbox"/> תופעה/בעיה אחרת בעיניים*
■ מה הגורם לעיוורון?	*בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל עם פרוט האבחנה האחרת בעיניים ואופן הטיפול או לפרט מהי הבעיה האחרת:
<input type="checkbox"/> בעיה מולדת <input type="checkbox"/> תאונה <input type="checkbox"/> מחלה*
*בבקשה לצרף מכתב מפורט מרופא העיניים עם התייחסות למחלה
■ באיזו עין?	
<input type="checkbox"/> שתי העיניים <input type="checkbox"/> עין ימין <input type="checkbox"/> עין שמאל	

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

