

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
<input type="checkbox"/> האם עברת ניתוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> האם עברת ניתוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך.....
<input type="checkbox"/> האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> מתי בוצע הניתוח, בתאריך.....
<input type="checkbox"/> קרטוקונוס	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> האם עברת ניתוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך.....
<input type="checkbox"/> האם עברת ניתוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך.....	<input type="checkbox"/> האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> ליקוי ראייה (מספר עדשה גבוה מ-8)	<input type="checkbox"/> עין עצלה
<input type="checkbox"/> מס' עדשה.....	<input type="checkbox"/> האם טופלה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> באיזה גיל טופלה?.....
<input type="checkbox"/> האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> רטינוטיס פיגמנטוזה	<input type="checkbox"/> רטינוטיס פיגמנטוזה
<input type="checkbox"/> אובאיטיס*	<input type="checkbox"/> אובאיטיס*
<input type="checkbox"/> האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך.....
<input type="checkbox"/> כילזין	<input type="checkbox"/> אובאיטיס*
<input type="checkbox"/> האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך.....
<input type="checkbox"/> עיוורון	<input type="checkbox"/> אובאיטיס*
<input type="checkbox"/> מה הגורם לעיוורון?	<input type="checkbox"/> אובאיטיס*
<input type="checkbox"/> בעיה מולדת <input type="checkbox"/> תאונה <input type="checkbox"/> מחלה*	<input type="checkbox"/> אובאיטיס*
<input type="checkbox"/> *בבקשה לצרף מכתב מפורט מרופא העיניים עם התייחסות למחלה	<input type="checkbox"/> אובאיטיס*
<input type="checkbox"/> באיזו עין?	<input type="checkbox"/> אובאיטיס*
<input type="checkbox"/> שתי העיניים <input type="checkbox"/> עין ימין <input type="checkbox"/> עין שמאל	<input type="checkbox"/> אובאיטיס*

***בבקשה לצרף מכתב עדכני מרופא העיניים עם התייחסות לאובאיטיס והטיפול המומלץ**

***בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל עם פרוט האבחנה האחרת בעיניים ואופן הטיפול או לפרט מהי הבעיה האחרת:**

***בבקשה לצרף מכתב מפורט מרופא העיניים עם התייחסות למחלה**

חתימה	מספר תעודת זהות	שם המועמד/ת לביטוח	תאריך
ת.ז של הורה (במקרה של קטין)		שם הורה (במקרה של קטין)	

