



מספר שאלון : 1

שם הסוכן	מספר פוליסה / הצעה
----------	--------------------

שם המועמד	מס' ת.ז.	גיל
-----------	----------	-----

1. מועד אבחנה? _____
2. כמה התקפים היו לך בשנה האחרונה? _____
3. כמה התקפים היו לך בחודש האחרון? _____
4. מתי היה לך ההתקף האחרון? _____
5. מה תדירות ההתקפים? _____
6. כמה זמן נמשך כל התקף? _____
7. מה הטיפול או התרופה שאתה מקבל בזמן ההתקף? _____
8. האם היו אישפוזים ב 5 השנים האחרונים בשל המחלה כן לא במידה וכן צרף סיכום אישפוז
9. מה הטיפול הקבוע שאתה מקבל? _____
10. האם קיימת פגיעה בכליות? _____
 כן לא
11. האם קיימת פגיעה בפרקים? _____
 כן לא
12. חובה לצרף תוצאות מעבדה עדכניות הכוללות : גלוקוז, פרופיל שומנים, HBAIC, בדיקת שתן
היכן אתה נמצא במעקב מתמיד, שם הרופא והכתובת. _____

הצהרה	
אני החתום מטה המועמד לביטוח, מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:	
1. כל המידע אשר נמסר על ידי בתשובות לשאלות החברה בטופס זה ובהצהרת הבריאות הנכללת במסגרתו, הינן מלאות, נכונות וכנות.	
2. ידוע לי כי המידע האמור מהווה מידע בעניין מהותי שיש בו כדי להשפיע על נכונות החברה לכרות את חוזה הביטוח ו/או קבלתי לכיסוי הביטוחי בכלל ו/או בתנאים שבו, והוא מהווה בסיס להסכמת החברה לכריתת חוזה הביטוח בתנאים בו נכרת ובפרט לעניין דמי הביטוח ותנאי הכיסוי הביטוחי.	
3. ידוע לי כי בהתאם לדין החל, מסירת תשובות שאינן מלאות וכנות, עלולה להשפיע על תשלום תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח על פי חוזה הביטוח.	
4. ידוע לי שחוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר השלמת תהליך החיתום ואישור החברה על קבלתי לביטוח.	
תאריך	חתימת המועמד