



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

מספר שאלון : 3

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

1. מתי אובחנה המחלה לראשונה? _____
2. האם המחלה אובחנה כ- grand mal / petit mal או אחרת? _____
3. איזה בדיקות עברת ומה התוצאות? _____
4. כמה התקפים היו לך בשנה האחרונה? _____
5. כמה בחודש האחרון? _____
6. מה אופיים של ההתקפים? _____
7. האם קיימת סיבה מסויימת להתקפים? _____
8. מתי היה לך ההתקף האחרון? _____
9. כל כמה זמן אתה מקבל התקף? _____
10. כמה זמן נמשך כל התקף? _____
11. מה הטיפול או התרופה שאתה מקבל בזמן ההתקף? _____
12. מה הטיפול או התרופה שאתה מקבל באופן קבוע? _____
13. היכן אתה נמצא במעקב מתמיד? _____
14. האם יש לך רישיון נהיגה? לא כן, אם כן, האם הוא עם הגבלה? _____
15. מי הרופא המטפל ומה כתובתו? _____

הערות: _____

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