



## מספר שאלון : 4

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

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

1. ממתי הינך סובל ממחלה בבלוטת התריס? \_\_\_\_\_
2. האם המחלה מתבטאת בעודף פעילות של הבלוטה?  לא  כן \_\_\_\_\_
3. האם המחלה מתבטאת בחוסר פעילות של הבלוטה?  לא  כן \_\_\_\_\_
4. האם בעבר המחלה התבטאה בעודף פעילות?  לא  כן \_\_\_\_\_
5. האם אושפזת בבית חולים עקב הבעיה הרפואית?  לא  כן, אם כן פרט וצרף מסמכים רפואיים במידה וישנם? \_\_\_\_\_
6. האם נותחת בשל מחלה זו?  לא  כן \_\_\_\_\_
7. האם היה חשד בעבר או בהווה כי קיימת מחלה ממארת (סרטן)?  לא  כן, אם כן, פרט: \_\_\_\_\_
8. האם היו אישפוזים ב 5 השנים האחרונים בשל המחלה  לא  כן, במידה וכן צרף סיכום אישפוז \_\_\_\_\_
9. איזה בדיקות נעשו לך בקשר לבלוטה? \_\_\_\_\_
10. מה היו תוצאות הבדיקות? \_\_\_\_\_
11. האם אתה נמצא במעקב או מקבל טיפול מכל סוג שהוא עבור המחלה/הבעיה הרפואית  לא  כן מי הרופא המטפל כתובת הרופא המטפל \_\_\_\_\_
12. האם תפקודי בלוטת התריס תקינים?  לא  כן \_\_\_\_\_
13. מהו הטיפול הקבוע שהינך מקבל? \_\_\_\_\_
14. מיהו הרופא המטפל ומה כתובתו? \_\_\_\_\_

### 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
-------	--------------