



מספר שאלון : 5

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

שם המועמד	מס' ת.ז.	תאריך לידה
-----------	----------	------------

1. מאיזו בעית גב בדיוק הינך סובל? _____
 2. ממתי הינך סובל מבעיית גב? _____
 3. נא פרט המינוח הרפואי של בעיות הגב? _____
 4. באיזה חלק של הגב אובחנה הבעיה? _____
 5. כמה התקפים היו לך? _____
 6. האם אושפזת עקב בעיות גב? לא כן - אם כן, היכן ומדוע? _____
 7. האם נותחת בגב? לא כן
 8. האם הומלץ על ניתוח בגב? לא כן - פרט: _____
 9. האם נעדרת מהעבודה בשל בעיות גב בשנתיים האחרונות? לא כן - לאיזה תקופה? _____
 10. האם עבודתך כרוכה בהרמת חפצים כבדים? לא כן - פרט: _____
 11. מהן תוצאות צילומי עמוד שדרה? _____
 12. האם הינך מקבל / קיבלת טיפול תרופתי הקשור לבעיות גב? לא כן - פרט: _____
 13. האם הינך מקבל / קיבלת טיפול פיזיותרפיה? לא כן - פרט: _____
 14. האם קיימת נכות בשל בעיות בגב ועמוד שדרה? לא כן - פרט: _____
 15. האם יש לך מגבלות בתנועה או פעילות פיזית אחרת עקב בעיות הגב? לא כן - פרט: _____
 16. מי הרופא המטפל שלך 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