



מספר שאלון : 6

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

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

- מועד האבחנה: _____
- נא ציין את שם המחלה/בעיה: _____
- נא תיאור ההתקפים: _____
תדירות ומשך ההתקפים: _____
תאריך ההתקף הראשון: תאריך התקף אחרון: _____
- האם הינך סובל מ: חוסר דם לא כן צואה שחורה לא כן
הקאה דמית לא כן בחילות לא כן
ירידה במשקל לא כן שלשולים כרוניים לא כן
- מס' ימי היעדרות מהעבודה בשנה האחרונה בגלל המחלה: _____
- תוצאות בדיקות צילום רנטגן: _____ בדיקות אחרות? (נא לפרט) _____
- שם הרופא המטפל (או מומחה אחר למחלתך) וכתובתו: _____
- האם אושפזת בבית חולים? לא כן, נא פרט: _____
שם בית החולים _____ תאריך אישפוז _____
טיפול שקיבלת _____
- האם הינך מקבל טיפול שוטף (כגון דיאטה, תרופות וכו')? לא כן, פרט: _____
- האם עברת ניתוח? לא כן, פרט: _____

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