



## מספר שאלון : 9

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

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

1. מתי אושפזת וביאה בית חולים?
  2. מה היתה סיבת האישפוז?
  3. למשך כמה זמן היית מאושפז?
  4. אלו בדיקות בוצעו (C.T, אולטרסאונד, מיפוי וכו'), פרט: \_\_\_\_\_
- האם היו תוצאות בלתי תקינות?  לא  כן - פרט: \_\_\_\_\_
5. אלו טיפולים קיבלת במהלך האישפוז (ניתוחים, תרופות, פיזיותרפיה וכו')? פרט: \_\_\_\_\_
  6. האם עדיין קיימת בעיה רפואית או נכות כיום?  לא  כן - פרט: \_\_\_\_\_
  7. מהו מצבך כיום? \_\_\_\_\_

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 לזכות 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