



מספר שאלון : 10

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

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

1. מתי ארעה התאונה? _____
2. מה היו פגיעותיך מן התאונה? _____
3. האם אושפזת? לא כן, פרט: _____
4. אילו בדיקות בוצעו (C.T., אולטרסאונד, מיפוי וכו') פרט וציין האם היו תוצאות בלתי תקינות: _____
5. האם נזקקת לטיפולים מיוחדים (גבס, צווארון, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכו')? לא כן, פרט: _____
6. האם עברת ניתוח בעקבות התאונה? לא כן, פרט: _____
7. האם עדיין קיימת בעיה רפואית או נכות כיום? לא כן, פרט: _____
8. מה מצבך כיום? _____
9. האם הגשת תביעות לנכות זמנית או קבועה? לא כן, אם כן - פרט לאיזה מוסד או חברת ביטוח ומה אושר לך? _____

הערות _____

הצהרה	
<p>אני החתום מטה המועמד לביטוח, מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:</p>	
<p>1. כל המידע אשר נמסר על ידי בתשובות לשאלות החברה בטופס זה ובהצהרת הבריאות הנכללת במסגרתו, הינן מלאות, נכונות וכנות.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>4. ידוע לי שחוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר השלמת תהליך החיתום ואישור החברה על קבלתי לביטוח.</p>	
תאריך	חתימת המועמד