



מספר שאלון : 11

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

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

1. ציין מהי המחלה / המום / בעיה רפואית ממנה אתה סובל?

- התקף לב
- מחלת לב איסכמית
- אנגינה פקטוריס
- מומי לב מולדים
- קרדיומיופטיה
- צנתור צנתור עם בלון צנתור עם בלון וסטנט
- אי ספיקת לב
- פלפיטציות
- פרפור פרוזדורים / הפרעות קצב
- מחלות מסתמים מיטראלי פולמונרי (ריאתי)
- אורטלי יותר ממסתם אחד

הפרעה ללבית אחרת _____

2. מתי התגלתה הבעיה _____

3. האם אתה מקבל טיפול קבוע, אם כן פרט _____

4. האם אושפזת בבית חולים עקב הבעיה הרפואית, (יש לצרף מסמכי אישפוז) _____

5. האם ההתקפים גורמים להפסקת עבודתך כן לא, אם כן כמה זמן _____

נא צרף מכתב עדכני מרופא קרדיולוג

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