



מספר שאלון : 12

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

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

1. מתי אובחן לראשונה לחץ הדם הגבוה? _____
 מה היה ערכי לחץ הדם בזמן האבחון? _____
 האם אובחן שינוי בקרקעית העין? לא כן, פרט: _____
 האם לחץ הדם הגבוה הוא תופעת לוואי למחלה אחרת? לא כן, פרט כולל תאריכים: _____
2. האם אובחנו סיבוכים כלשהם המשפיעים על הלב, המוח או הכליות? לא כן, פרט תאריך: _____
 אופיים של סיבוכים אלה: _____
3. מה ערך לחץ הדם הנוכחי? נמדד בתאריך _____
 מהו הטיפול שהינך מקבל היום? _____
 תרופות - פרט איזה וכמה? _____
 דיאטה, תן פרטים: _____
 אחר, תן פרטים: _____
4. האם אושפזת בשל יתר לחץ הדם? לא כן, אם כן - פרט מתי, היכן ומה הטיפול שניתן: _____

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 לורות 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