



מספר שאלון : 13

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

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

- ציין מהי המחלה / המום / התופעה הרפואית ממנה אתה סובל (אם מחלה / המום/ התופעה פגעה בכליה אחת, ציין באיזו כליה)
 דלקת כליות אבנים בכליות זיהום בדרכי השתן רפלוקס ציסטות בכליות אי ספיקת כליות תסמונת נפרוטית
 דלקת בשתן דם/חלבון בשתן כליות פוליצסטיות מום בכליה או מום אחר צניחת שלפוחית השתן מחלה אחרת
הקשורה לכליות ודרכי השתן לא כן, אם כן פרט _____
- כליה אחת - מולד תאונה מחלה תרומה אחר _____
- ציין מתי התחלת לסבול מהמחלה/המום/התופעה הרפואית הנ"ל _____
- ציין כמה התקפים היו לך? _____ ציין את תאריכי ההתקפים _____
- ציין תאריך התקף אחרון _____
- האם אושפזת בבית חולים עקב הבעיה הרפואית? לא כן, פרט שנת אישפוז _____ משך האשפוז _____
הטיפול שניתן _____
- צרך מסמכים רפואיים במידה וישנם. שם בית החולים _____
- מה הטיפול הנוכחי שאתה מקבל: _____
- האם נבדקת באחת או יותר מהבדיקות הבאות :
בדיקת שתן לא כן תאריך _____ פירוט _____
בדיקת כליות (אי וי פי) לא כן תאריך _____ פירוט _____
בדיקת ציסטוקופיה לא כן תאריך _____ פירוט _____
בדיקות אחרות לא כן תאריך _____ פירוט _____

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