



מספר שאלון : 17

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

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

1. ציין מהי המחלה/הבעיה אשר אובחנה אצלך:
 - א. 1. דכאון מז'ורי דכאון מינורי
 2. חרדה
 3. הפרעה דו - קוטבית (מאניה דפרסיה)
 4. סכיזופרניה
 5. תסמונת פוסט טראומטית PTSD
 6. הפרעה טורדנית כפייתית OCD
 7. הפרעת אכילה (אנורקסיה/בולימיה)
 8. הפרעת מצב רוח
 9. אחר _____
2. מועד האבחנה _____
3. ניתן ו/או הומלץ על טיפול תרופתי כן לא (פרט שם התרופה) _____
4. קיימת הפרעה ביכולת לעבוד משרה מלאה כן לא
5. התקף אחרון היה בשנה האחרונה בין שנה ל - 3 שנים אחרונות בין 3-10 שנים אחרונות מעל 10 שנים
6. האם אושפדת בשל הבעיה, אם כן יש לצרף דוח אשפוז כן לא
7. האם קיימת נכות? כן לא, אם כן כמה אחוזי נכות? _____
8. האם היה נסיון אובדני? כן לא
 - 8.1 נסיון יחיד נסיונות חוזרים
 - 8.2 ציין באלו שנים _____

נא לצרף מכתב מרופא פסיכיאטר מטפל המפרט רשימת אבחנות וטיפולים

הצהרה	
<p>אני החתום מטה המועמד לביטוח, מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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