



מספר שאלון : 18

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

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

ציין מהי המחלה / המום / התופעה הרפואית ממנה אתה סובל :

1. נגע ו/או גידול עורי

1.1 טרם הוסר ו/או נמצא במעקב כן לא

1.2 מלנומה SCC

1.3 BCC לימפומה נבוס סולר קרטוזיס

1.4 קונדילומה פפילומה

נא פרט באיזה איזור בגוף

1.5 אופן הטיפול: במידה והנגע הוסר, יש לצרף דוח היסטולוגי

האם נדרש מעקב כן לא במידה וכן אנא פרט

כיצד מטופל

האם מקבל תרופות כן לא

2. פטוריאזיס

2.1 ניתן טיפול תרופתי קבוע

אם כן נא פרט את שם התרופה

2.2 קיימת מעורבות של מפרקים כן לא, במידה וכן פרט

3. פריחה אלרגית כרונית (אורטיקריה) כן לא

4. אסטמה של העור (אטופיק דרמטיטיס) כן לא

5. פמפיגוס וולגריס כן לא

6. גזזת כן לא

7. ליכן פלאנוס כן לא

8. איכטיוזיס כן לא

10. מיקוזיס פונגידיס כן לא

11. אחר

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