



מספר שאלון : 20

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

שם המועמד	מס' ת.ז.	גיל
-----------	----------	-----

1. אוזניים

1.1 ☐ חירשות ☐ כבדות שמיעה ☐ ירידה בשמיעה

1.1.1 ☐ באוזן ימין ☐ באוזן שמאל

1.2 הבעיה אירעה במהלך השנתיים האחרונות ☐ כן ☐ לא, אם כן פרט _____

1.3 אובדן שמיעה ☐ פתאומי ☐ זמני ☐ חולף אם כן נא פרט _____

1.4 ורטיגו

1.4.1 ☐ אירוע חד פעמי וחולף לפני שנתיים ומעלה

1.4.2 ☐ אירועי ורטיגו חוזרים ב-5 השנים האחרונות אם כן נא פרט _____

1.5 מחלת מנייר אם כן אנא פרט _____

1.6 מחלת אקוסטיק נוירמה /שונומה) אם כן אנא פרט _____

1.7 מחלת טינטון (טינטוס) אם כן אנא פרט _____

1.8 נקב בעור התוף

1.8.1 ☐ באוזן ימין ☐ באוזן שמאל אם כן, אנא פרט _____

1.8.2 נותח? נא לציין מתי _____

1.9 ☐ דלקות חוזרות באוזניים, ולפחות 3 דלקות בשנה במהלך 3 השנים האחרונות ו/או נוזלים באוזניים,

1.9.1 ☐ נותח, נא מלא שאלון ניתוחים

1.9.2 ☐ הכפתורים יצאו, אם כן אנא פרט _____

2. גרון

2.1 ☐ יבלות ו/או פוליפים במיתרי הכל, אם כן אנא פרט _____

2.2 ☐ נותח? נא לציין מתי _____

2.3 ☐ אילמות

2.4 ☐ שקדים/ אדוואידים מוגדלים (שקד שלישי)

2.3.1 ☐ נותח? נא לציין מתי _____

3. אף

3.1 ☐ סינוסיטיס כרונית ו/או הגדלת קונכיות האף, אם כן נא פרט _____

3.2 ☐ סטייה במחיצת האף

3.2.1 ☐ נותח? נא לציין מתי _____

3.3 ☐ חיר שסוע ☐ שפה שסועה

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
-------	--------------