



מספר שאלון : 21

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

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

1 אוסטאומיאליטיס כרונית (דלקות העצם)

2 ריאומטיד ארטריטיס (דלקת מפרקים שגרונית)

3 זאבת (לופוס)

4 פיברומיאליגיה (זאבת שרירים) מחלת העייפות הכרונית (CFS)

5 סקלרודרמה (לייפת)

6. מום /מחלה ו/או הפרעה ריאומטית אחרת, נא פרט _____

7. האם אתה נמצא במעקב או מקבל טיפול מכל סוג שהוא עבור המחלה/המום/הבעיה הרפואית? לא כן, במידה וכן יש לפרט _____

נא להמציא מכתב מפורט מרופא מומחה כולל התייחסות לאבחנה מועד הגילוי, אילו איברים מעורבים, טיפול תרופתי, סיבוכים, מידת חומרת המחלה ומצבך התפקודי

הצהרה

אני החתום מטה המועמד לביטוח, מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

- כל המידע אשר נמסר על ידי בתשובות לשאלות החברה בטופס זה ובהצהרת הבריאות הנכללת במסגרתו, הינן מלאות, נכונות וכנות.
- 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.
- ידוע לי כי בהתאם לדין החל, מסירת תשובות שאינן מלאות וכנות, עלולה להשפיע על תשלום תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח על פי חוזה הביטוח.
- ידוע לי שחוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר השלמת תהליך החיתום ואישור החברה על קבלתי לביטוח.

תאריך	חתימת המועמד
-------	--------------