



מספר שאלון : 22

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

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

1. ציין מהי המחלה /המום /בעיה רפואית ממנה אתה סובל / סבלת?

- קרוטיס (בעורקי הצוואר)
- PVD (מחלת כלי דם היקפיים)
- דליות (בורידי הרגליים)
- DVT (פקקת בורידים /טרומבוזה)
- PE (תסחיף ריאתי)
- אחר _____

* צרף מכתב מרופא מטפל לכל מחלה /תופעה

2. ציין מתי התגלתה המחלה /המום /התופעה? _____

3. האם עברת ניתוח כן לא, פרט _____

4. האם אתה מקבל או קבלת טיפול תרופתי? כן לא, פרט _____ שם התרופה _____

5. האם אתה נמצא במעקב או מקבל טיפול מכל סוג שהוא עבור המחלה /המום/הבעיה הרפואית? לא כן - פרט : _____

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