



מספר שאלון : 23

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

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

1. ציין מהי המחלה /המום/התופעה ממנה אתה סובל/סבלת ?  
 בלוטה מוגדלת  גידול שפיר  גידול ממאיר
2. ציין מתי התגלתה המחלה /המום /התופעה הנ"ל
3. אם מדובר בהגדלה של הערמונית מאז שנותחת (אם נותחת) נא לצרף בדיקת PSA עדכנית, נא לצרף מכתב מאורולוג מטפל ותוצאות בדיקה היסטולוגית
- אם מדובר בגידול ממאיר או עברו פחות משנתיים מאז שעברת את הניתוח - נא צרף מכתב מאורולוג מטפל בדיקת PSA עדכנית ותוצאות בדיקה היסטולוגית

הצהרה	
<p>אני החתום מטה המועמד לביטוח, מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. כל המידע אשר נמסר על ידי בתשובות לשאלות החברה בטופס זה ובהצהרת הבריאות הנכללת במסגרתו, הינן מלאות, נכונות וכנות.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>4. ידוע לי שחוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר השלמת תהליך החיתום ואישור החברה על קבלתי לביטוח.</li> </ol>	
תאריך	חתימת המועמד