



מספר שאלון : 24

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

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

האם עישנת או מעשן ו/או צורך מוצרי טבק בשנתיים האחרונות? לא כן, אם כן פרט :

הנני מעשן כיום:

- מה מעשן סיגריות / סיגרים / מקטרת / נרגילה, אחר _____
- מה הכמות היומית? . _____
- במשך כמה שנים? _____

אינני מעשן סיגריות או סיגרים או מקטרת

- לא עישנתי מעולם
- התחלתי לעשן בשנת _____
- הפסקתי לעשן בשנת _____

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