



שאלון היסטוריה משפחתית (22) קוד מסמך 4873

פרטי הסוכן		
		שם הסוכן
		מס' הסוכן

פרטי המועמד		
		שם המבוטח
		ת.ז.
		תאריך

אח/ות 2		אח/ות 1		אם		אב		יש לסמן את המחלות של בני משפחת המועמד
גיל בעת גילוי	סוג	גיל בעת גילוי	סוג	גיל בעת גילוי	סוג	גיל בעת גילוי	סוג	
	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	סרטן השד
	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	סרטן המעי
	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	סרטן ערמונית
	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	סרטן השחלות
	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	סרטן אחר: _____
	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	מחלת לב איסכמית/ קורונרית/ צינתור/ מעקפים
	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	קרדיומיופתיה
	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	שבץ מוחי/ אירוע מוחי
	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	טרשת נפוצה
	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	ניוון שרירים
	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	פרקינסון
	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	אלצהיימר
	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	סכרת סוג 1
	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	סכרת סוג 2
	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	כליות פוליציסטיות

הצהרה	
אני החתום מטה, מצהיר בזה שכל תשובותי נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעה לביטוח בחברת הפניקס ו/או הפניקס ניהול קרנות פנסיה וגמולים בע"מ, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות מלאות או במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל לא יהיה הביטוח בתוקף.	
X	
תאריך	חתימת המבוטח