

[illegible]

סוג המחלה	אב	אם	אח/ות 1	אח/ות 2	אח/ות 3	אח/ות 4
באיזה גיל חלה	באיזה גיל חלתה	באיזה גיל חלתה	באיזה גיל חלתה	באיזה גיל חלתה	באיזה גיל חלתה	באיזה גיל חלה/חלתה
סרטן השד						
סרטן המעי*						
* האם הינך מבצע מעקב רפואי קבוע עקב ההיסטוריה המשפחתית (כגון בדיקות קולונוסקופיה/גסטרוסקופיה) ☐ כן ☐ לא . אם תשובתך "כן", האם התוצאות תקינות? _____ .						
סרטן שחלות						
סרטן ערמונית (פרוסטטה)						
מחלת לב איסכמית התקף לב / צנתור						
קרדיופמיопתיה						
טרשת נפוצה						
הנטינגטון						
ניוון שרירים						
מחלות נוירון מוטרי						
כליות פוליציסטיות						
פרקינסון						
אלצהיימר						
סכרת						

הצהרה:

אני הח"מ מצהיר בזה שכל הפרטים שמילאתי לעיל נכונים ומלאים, ולא החסרתי פרטים העשויים להשפיע על ההחלטה לאשר את קבלתי לביטוח חיים/בריאות עבורי.

ידוע לי שאי הצהרת אמת עלולה להשפיע ואף לפטור את הכשרה מתשלום תגמולי הביטוח בהתאם להוראות הדין.

x

חתימה

תאריך

אני, סוכן/סוכנת הביטוח: _____, מצהיר בזאת כי בתאריך: _____ בשעה: _____ שאלתי את המועמד לביטוח/המבוטח את כל השאלות המפורטות בשאלון לאחר שהבהרתי לו כי השאלון הינו חלק בלתי נפרד ממסמכי ההצעה ואלו הן תשובותיו.

חתימה _____ X

שם הסוכן/סוכנת הביטוח

תאריך



^dt3992

***3453**