

שם הסוכן	_____
מספר סוכן	_____
מספר פוליסה/הצעה	_____



שאלון לחולי אולקוס / מחלות קיבה

נבקשך להעביר אלינו טופס זה באמצעות סוכן הביטוח שלך או ישירות לחברתנו לכתובת:
הראל חברה לביטוח, האגף לביטוח חיים, בית הראל - ת.ד. 1951, רמת גן 52118

שם המועמד:	_____	מס' זהות: (9 ספרות)	_____	גיל:	_____
1. ממתי הנך סובל ממחלת אולקוס?	_____	איזה סוג?	_____		
2. איזה טיפול קיבלת בתחילת המחלה?	_____				
3. כמה התקפים היו לך עד היום?	_____				
4. מהו הטיפול שהנך מקבל כיום הן בדיאטה והן בתרופות?	_____				
5. מתי היה לך התקף אחרון?	_____				
6. האם עברת ניתוח?	כן / לא	האם יעצו לך לעבור ניתוח אולקוס?	כן / לא		
מתי?	_____				
7. כיצד אתה מרגיש היום?	_____				
8. הערות:	_____				

הצהרה

אני החתום מטה אשר את חייו יש לבטח, מצהיר בזה שכל תשובותי הנ"ל הן נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח.
ידוע לי ששאלון/ים זה/אלו מהווה/ים חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח חיים, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות, במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל, לא יהיה הביטוח בתוקף.

חתימת המועמד

תאריך

הדפס