

שם הסוכן	_____
מספר סוכן	_____
מספר פוליסה/הצעה	_____



### שאלון לחץ דם

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. סוג לחץ הדם:  נמוך /  גבוה

מתי גילו אצלך לראשונה לחץ דם מוגבר/נמוך?

מה היו ערכיו?

2. מה הטיפול הרפואי שהנך מקבל לאיזון לחץ הדם?

3. מה מידות לחץ הדם בעת הטיפול?

4. מה היו ערכי לחץ הדם ב- 3 החודשים אחרונים?

5. הערות:




#### הצהרה

אני החתום מטה אשר את חיי יש לבטח, מצהיר בזה שכל תשובותי הנ"ל הן נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על החלטה 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