

שם הסוכן
מספר סוכן
מספר פוליסה/הצעה



שאלון מחלות נשים

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

שם המועמד: _____ מס' זהות: _____ (9 ספרות)
גיל: _____

1. האם את סובלת כיום מאיזו בעיה רפואית במערכת הגניקולוגית? לא / כן.

אם כן, אנא פרטי _____

2. האם בוצע לך ניתוח בעבר? לא / כן.

אם כן, איזה? _____
מה היתה הסיבה לניתוח? _____

3. האם יש כיום או היה פעם חשד כי קיימת אצלך מחלה סרטנית? לא / כן.

אם כן, איזו סוג סרטן (באיזה איבר)? _____
אילו בדיקות נעשו? _____
מה היו תוצאות הבדיקות? _____
מתי ואיפה נעשו הבדיקות הנ"ל? _____

האם יש בידוך מסמכים רפואיים הקשורים לכך? לא / כן.

אם כן, אנא צרפי. _____

4. האם את כיום מקבלת טיפול כלשהו? לא / כן.

אם כן, איזה? _____

5. האם את במעקב רפואי? לא / כן.

אם כן, מיהו הרופא המטפל ומה כתובתו? _____

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