

שם הסוכן	_____
מספר סוכן	_____
מספר פוליסה/הצעה	_____



שאלון מחלות לב/כלי דם

נבקש 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. מה שם המחלה ממנה הינך סובל? _____

2. ממתי הינך סובל/ת מהמחלה, ועקב מה? _____

3. האם אושפזת או נותחת? לא / כן. אם כן, נא פרט שם בי"ח: _____

שנת האשפוז _____ משך האשפוז _____

4. פרט טיפול תרופתי בעבר _____

5. מה מצבך היום? _____

6. האם הנך סובל מקוצר נשימה? לא / כן, אם כן, במנוחה / במאמץ

מרגליים נפוחות? לא / כן

מכאבי רגליים? לא / כן

מכאבי ראש? לא / כן

משיתוק? לא / כן

אחר? _____ פרט: _____

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