

שם הסוכן
מספר סוכן
מספר פוליסה/הצעה



שאלון תאונות / אישפוזים

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. מתי אירעה התאונה/האשפוז? _____

2. מה היתה סיבת האשפוז ו/או פרוט הפגיעות כתוצאה מתאונה? _____

3. באם אושפזת, איפה ולאיזת תקופה? _____

פרט בדיקות ותוצאותיהן (C.T, אולטרסאונד, מיפוי וכד')

4. מה הטיפול שקיבלת (ניתוח, תרופות, פיזיותרפיה וכד')? _____

5. האם קיימת בעיה רפואית או נכות כיום? _____

6. האם אתה עדיין מטופל? לא / כן. אם כן, באיזה אופן והיכן? _____

7. 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