

יש להשיב תשובות מלאות וכנות לשאלות המופיעות מטה. התשובות ישמשו יסוד לחוזה הביטוח בין לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. אם לא יענו באופן מלא וכנה, תוכל להיות לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח. חתימתי למטה מאשרת כי התשובות המפורטות בשאלונים הן מלאות וכנות וניתנו מרצוני החופשי.

24. שאלון תאונות/נכות

1. מהו האיבר שנפגע?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ראש / גולגולת | <input type="checkbox"/> שורש כף-יד ימין | <input type="checkbox"/> עמוד שידרה גבי | <input type="checkbox"/> קרסול ימין |
| <input type="checkbox"/> אף | <input type="checkbox"/> שורש כף-יד שמאל | <input type="checkbox"/> עמוד שידרה מותני | <input type="checkbox"/> קרסול שמאל |
| <input type="checkbox"/> כתף ימין | <input type="checkbox"/> מרפק ימין | <input type="checkbox"/> עמוד שידרה צווארי | <input type="checkbox"/> רגל ימין |
| <input type="checkbox"/> כתף שמאל | <input type="checkbox"/> מרפק שמאל | <input type="checkbox"/> אגן הירכיים | <input type="checkbox"/> רגל שמאל |
| <input type="checkbox"/> כתפיים | <input type="checkbox"/> יד ימין | <input type="checkbox"/> מפרק ירך ימין | <input type="checkbox"/> כף רגל ימין |
| <input type="checkbox"/> צלעות | <input type="checkbox"/> יד שמאל | <input type="checkbox"/> מפרק ירך שמאל | <input type="checkbox"/> כף רגל שמאל |
| <input type="checkbox"/> כף-יד ימין | <input type="checkbox"/> אצבעות ידיים | <input type="checkbox"/> ברך ימין | <input type="checkbox"/> ללא פגיעה באברים |
| <input type="checkbox"/> כף-יד שמאל | <input type="checkbox"/> בהונות רגליים | <input type="checkbox"/> ברך שמאל | |
| <input type="checkbox"/> פגיעה אחרת | | <input type="checkbox"/> ברכיים | |

במקרה של פגיעה באיבר אחר שלא מפורט בשאלון, בבקשה לפרט בהצהרה מה האיזור שנפגע:

.....

2. האם עברת ניתוח? לא כן

3. האם קיימת מגבלה? לא כן

4. האם קיימת נכות?

לא, האם הוגשה תביעה לנכות? לא כן

כן, מה אחוזי הנכות?

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

