

הצעה לביטוח

פרטי המבוטח

תאריך לידה	מין	שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
מיקוד	מספר	רחוב	ישוב	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	טלפון נייד	טלפון בבית		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

העיסוק לו נדרש הכיסוי: _____

מועדון/קבוצה/מדריך אליו משתייך: _____

הצהרה על מצב בריאות:

במסגרת בקשתי להתקבל כמבוטח/ת, הריני להצהיר בזאת כי:

1. אינני נכה בצורה כלשהי ואינני נמצא/ת בהליך לאישורה של נכות.
2. לא אושפזתי בבית חולים.

3. הריני להצהיר כי לא אובחנו לי מחלות נפש ו, או הנני נוטל תרופות פסיכיאטריות כלשהן ו, או נטלתי בעבר ו, או לא נרשמו לי תרופות פסיכיאטריות בעבר .

4. הריני להצהיר כי לא אובחנה לי מחלה כרונית כלשהי ו, או בעיה בתפקוד (חלקי או מלא, לרבות אך לא רק, כאבי גב, כאבי שרירים, בעיה בגידים ו, או בעצמות, רעד בלתי נשלט וכיוצ"ב), או הנני בהליך לאבחון מחלה כרונית כלשהיא ו, או אבחון בעיה בתפקוד ו, או כל מחלה אחרת.

5. אינני חולה/ת איידס ולא ידוע לי שאני נושא/ת נגיפי איידס.

6. אינני נוטל/ת ולא נטלתי סמים.

7. הנני בכושר עבודה מלא ולא הייתי בלתי כשיר/ה לעבודה ו/או נעדרתי מהעבודה לפרק זמן העולה על 10 ימי עבודה במהלך 12 החודשים האחרונים.

8. אינני מקבל/ת ולא נדרשתי ו/או קיבלתי טיפול תרופתי לתקופה העולה על 3 חודשים (בשל כל אירוע שהוא לרבות אך לא רק המחלות הנ"ל).

הערה: במידה ואינך יכול/ה להצהיר כאמור, עליך למלא הצהרת בריאות מפורטת.

במקרה של מבוטח צעיר מגיל 18 חתימת ההורים: _____

תאריך: _____ חתימת המבוטח: _____