

תרופות: Medications (פירוט ע"י רופא או המבוטח) כן לא
רגישות לתרופות או לגורמים אחרים: Allergy to drugs or other causes (פירוט ע"י רופא המבוטח): כן לא
פרט:

שם התרופה Name of Medication	מנה	תכיפות	שם התרופה Name of Medication	מנה	תכיפות
---------------------------------	-----	--------	---------------------------------	-----	--------

האם הינך בהריון:

שבוע ההריון: _____ (משבוע 26 עד שבוע 30)	כן	לא

האם הנך בהריון:
בעיות גנקולוגיות:

יש לצרף אישור רפואי על תקינות ההריון ואישור עלייה לטיסה מהרופא

חתימת המועמד לביטוח

חתימת המועמד לביטוח

לא ידועה לי כל סיבה או צורך באשפוז, בדיקה רפואית או טיפול שלי או של ילדיי הקטינים הנלווים אלי בעת שהות בחו"ל. אין אני או אחד מהנלווים אלי נוסע בניגוד לייעוץ רפואי או לשם קבלת טיפול רפואי. הפרטים שבהצהרתי זו הינם אמת וכן ידוע לי שהצעתי / הצהרתי מהווה בסיס להוצאת הפוליסה. אני החתום מטה משחרר בזה כל רופא וכל מוסד רפואי ועובדיו מחובת הסודיות הרפואית, ומבקש בזה למסור ל"שירביט" חברה לביטוח בע"מ ולבא כוחה כל מסמך אשר ידרש על ידם אודות מחלתי, מצב הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר הנוגע למצבי הרפואי. ידוע לי כי השאלות בשאלון זה הן בעניינים מהותיים וכי עליי להשיב על כל השאלות תשובות כנות ומלאות.

חתימת המועמד לביטוח: _____ תאריך: _____

נא לצרף סיכום מידע רפואי מפורט ועדכני על מצבך הרפואי.