

שאלון 9 - אפילפסיה

שם המועמד:	מספר זהות:	שם הסוכן:																		
------------	------------	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

שאלה	תשובה
1. מה מועד גילוי המחלה? (גיל)	
2. מה סוג האפילפסיה? (פטיטמאל/גרנד מאל/אחר)	
3. מה תדירות ההתקפים?	
5. מתי היה ההתקף האחרון?	
6. האם אושפזת בשל בעיה זו? אם כן, פרט מתי, משך האשפוז והטיפול שניתן.	
7. כיצד הינך מטופל? אם הינך מטופל בתרופה, יש לפרט שם.	
8. האם הינך נמצא במעקב תקופתי? אם כן, נא לצרף דוח אחרון.	
9. אם נקבעו לך אחוזי נכות/ מוגבלות בגיל אפילפסיה או שהינך נמצא בתהליך לקביעת נכות?	

* הנני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים שמסרתי נכונים ומלאים. ידוע לי כי שאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח.

תאריך _____ שם המועמד / מבטח _____ מס' ת. זהות _____ חתימה _____

אני, סוכן/סוכנת הביטוח: _____, מצהיר בזאת כי בתאריך: _____ בשעה: _____ שאלתי את המועמד לביטוח/המבטח את כל השאלות המפורטות בשאלון לאחר שהבהרתי לו כי השאלון הינו חלק בלתי נפרד ממסמכי ההצעה ואלו הן תשובותיו.

תאריך _____ שם הסוכן/סוכנת הביטוח _____ חתימה _____



dt2035