

שאלון אפילפסיה

שם המועמד:	מספר זהות:	שם סוכן:

שאלה	תשובה
1. מה מועד גלוי המחלה ?	
2. מה סוג האפילפסיה (פטיט מאל/גרנד מאל)?	
3. האם יש התקפים? אם כן, מה תדירות ההתקפים ?	
4. מה משך ההתקפים?	
5. מתי אירע ההתקף האחרון ?	
6. האם הנך מטופל/ת תרופתית ? אם כן, נא לפרט	
7. האם הנך במעקב רפואי, אם כן, נא לצרף דו"ח מעקב עדכני	

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

_____ תאריך _____ שם המועמד/מבוטח _____ מספר ת. זהות _____ חתימה

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

_____ תאריך _____ שם הסוכן/סוכנת הבטוח _____ חתימה