

שאלון F.M.F

| שם המועמד: | מספר זהות: | שם סוכן: |
|------------|------------|----------|
| | | |

| שאלה | תשובה |
|---|-------|
| 1. מה מועד גילוי המחלה ? | |
| 2. האם הנך נמצא/ת במעקב ? אם כן, נא לצרף דו"ח מעקב עדכני | |
| 3. האם הינך מטופל/ת תרופתית ? אם כן, פרט שם התרופה | |
| 4. האם הינך סובל/ת מהתקפים ? אם כן, פרט תדירות ומועד ההתקף האחרון | |
| 5. האם הינך סובל/ת מבעיות בפרקים או בכליות ? אם כן, נא לפרט | |

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 _____