

שם הסוכן	_____
מספר סוכן	_____
מספר מוליסה/הצעה	_____



שאלון אפילפסיה

נבקשך להעביר אלינו טופס זה באמצעות סוכן הביטוח שלך או ישירות לחברתנו לכתובת:
הראל חברה לביטוח, האגף לביטוח חיים, בית הראל - ת.ד. 1951, רמת גן 52118

שם המועמד: _____ מס' זהות: _____ (9 ספרות) גיל: _____

1. מתי אובחנה המחלה לראשונה? _____
2. כמה התקפים היו לך בשנה האחרונה? _____ בחודש האחרון? _____
3. מה אופיים של ההתקפים? _____
4. מתי היה לך התקף אחרון? _____
5. כל כמה זמן אתה מקבל התקפים? _____ כמה זמן נמשך כל התקף? _____
6. מה הטיפול או התרופה שאתה מקבל בזמן ההתקף? _____
7. מה הטיפול הקבוע שאתה מקבל? _____
8. היכן אתה נמצא במעקב מתמיד? _____
9. האם מצבך הנפשי תקין? _____
10. האם אתה מקיים חיים תקינים וטבעיים? _____
11. הערות: _____

הצהרה

אני החתום מטה אשר את חיי יש לבטח, מצהיר בזה שכל תשובותי הנ"ל הן נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון/ים זה/אלו מהווה/ים חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח חיים, ובמקרה ותשובותי אינן נכונות ומלאות, במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל, לא יהיה הביטוח בתוקף.

_____ חתימת המועמד

_____ תאריך

הדפס