

[illegible]

שאלה	תשובה
1. מה מועד הגילוי?	
2. כיצד הנך מטופל/ת?	
3. האם אושפזת בשל בעיה זאת? אם כן, נא לפרט מתי, באיזה בית חולים ומה היה משך האשפוז.	
4. האם הנך מטופל/ת ע"י פסיכיאטר? אם כן, נא לצרף מסמך רפואי מפורט.	
5. האם נעדרת מעבודה בשל בעיה זאת? אם כן, נא לפרט מועד ומשך ההיעדרות.	
6. האם הנך במעקב תקופתי? אם כן, נא לצרף דו"ח מעקב עדכני.	
7. אם הינך עובד/מתפקד ללא מגבלה? אם לא, פרט מהי המגבלה?	

חתימה	מס' ת. זהות	שם המועמד / מבוסח	תאריך
-------	-------------	-------------------	-------

_____X
 חתימה שם הסוכן/סוכנת הביטוח תאריך



^dt.2039

***3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il

עמוד 1 מתוך 9