

**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

גרסה 08/2026



^dt2035

**\*3453**

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