



שאלון F.M.F - 19

שם המועמד:	מספר זהות:	שם הסוכן:																		
------------	------------	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

שאלה	תשובה
1. מה מועד גילוי המחלה?	
2. האם הינך נמצא במעקב? אם כן, פרט היכן.	
3. האם הינך מטופל תרופתית? אם כן, פרט שם התרופה והמינון.	
4. מה מצבך כיום?	
5. האם הינך סובל מהתקפים? אם כן, פרט תדירות ומועד ההתקף האחרון.	
6. האם הינך סובל מבעיות בפרקים או בכליות? אם כן, פרט	

* 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 X

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 X



^dt2031

***3453**

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