

**שאלון 15 - מחלות ובעיות בדרכי עיכול**

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

שאלה	תשובה
1. מה מועד גלוי המחלה?	
2. ציין בצורה מדויקת מהי האבחנה למחלה?	
3. האם הינך סובל מהתקפים? אם כן, פרט תדירות ההתקפים ומשך ההתקפים ומועד התקף אחרון.	
4. כיצד הינך מטופל?	
5. האם הינך נמצא במעקב רפואי? אם כן, פרט וצרף דוח רפואי עדכני.	
6. האם אושפזת/נותחת או שיעצו לך לבצע ניתוח בגין הבעיה? אם כן, מתי נותחת ואיזה ניתוח עברת/הומלץ לך לעבור.	
7. האם בוצעו בדיקות הקשורות לבעיה זו? אם כן, פרט מתי ומה תוצאותיהן	

* 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

גרסה 03.2025



^dt3951

***3453**

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