



שאלון אפילפסיה

שם : _____
ת.ז. : _____
כתובת : _____
תאריך לידה : _____

1. האם הנך סובל ממחלת אפילפסיה?

2. באיזה גיל הופיע ההתקף הראשון?
תאריך ההתקף האחרון?

3. כמה התקפים היו לך במשך 12 החודשים האחרונים?

4. ביום או בשעת לילה?

5. מהו משך זמן ההתקף וההתאוששות שלאחריו?

6. האם גורמים ההתקפים להפסקת עבודתך? אם כן, למשך כמה זמן?

7. כמה פעמים הפסקת את עבודתך ב-12 החודשים האחרונים בגלל ההתקפים ולכמה זמן? (פרט)

8. מה הטיפול בהתקפים אלה? נא לפרט ולציין סוג התרופות:

9. האם הנך מקבל טיפול מונע בין ההתקפים? (פרט)

10. שם הרופא המטפל (או רופא מומחה אחר) או המוסד הרפואי המטפל (כתובת מדויקת)

11. תאריך הטיפול האחרון שקבלת אצל הרופא הנ"ל:

12. האם אושפזת עקב מחלתך זו בבית חולים? נא פרט לצרף סיכומי מחלה

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

חתימת המועמד לביטוח

תאריך

מק"ט :

קוד סריקה : 118