

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס בריאות 03-7348178 או למייל polisotbs@harel-ins.co.il.
*מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת הטופס: 1-700-702-870.

שם הסוכנות

מס' סוכן/ת

שם סוכן/ת ראשי (שם פרטי ושם משפחה)

שים לב - עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.
טופס זה רלוונטי עבור מבוטחים שחדלו מעישון באופן מוחלט במשך שנתיים ו/או יותר ממועד עריכת טופס זה.

שם	מס' תעודת זהות	מספר פוליסה/ות
<p>1. מתי הפסקת לעשן באופן מוחלט?</p> <p>(השאלה מתייחסת לכל סוגי מוצרי הטבק והעישון, לרבות סיגריות, סיגרים, נרגילה, מקטרת, סיגריה אלקטרונית וכן מוצרים דומים).</p> <p>2. האם ממועד כניסתך לביטוח ועד היום אובחנת באחת או יותר מהמחלות הבאות?</p> <p>1. לב וכלי דם <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>2. מחלת ריאה ודרכי הנשימה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>3. גידולים ממאירים/ מחלות ממאירות (סרטן) ב: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>ריאות, פה, חלל האף, גרון, לוע, ושט</p> <p>4. אירוע מוחי <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>במקרה בו התשובה לגילוי אחת או יותר מהמחלות הינה חיובית, יש לפרט את האבחנה המדויקת ותאריך גילוייה:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
שם המבוטח/ת	תאריך	חתימת המבוטח/ת

