

נבקשך להעביר אלינו טופס זה באמצעות סוכן הביטוח שלך או ישירות לחברתנו לכתובת:
הראל חברה לביטוח, אבא הלל 3, האגף לביטוח חיים, בית הראל, ת.ד. 5211802

שם המועמד	מספר ת.ז. (כולל ס"ב)	תאריך לידה

1. האם השתמשת בעבר בסמים? לא כן, מתי שימוש אחרון?

שימוש בסמים בהווה? לא כן, מתי שימוש אחרון?

2. האם השימוש בעבר או בהווה היה למטרות רפואיות בהשגחה רפואית? לא כן. אם כן, מה הסיבה?

(תשובה חיובית מחייבת העברת דוחות רפואיים הכוללים את הסיבה לשימוש, החומרה, המצב כיום ואישור לשימוש)

3. פירוט סוג הסמים בשימוש:

סמים נרקוטים (הרואין, אופיום, מטדון, פטידין, מורפיום וכדומה)?

LSD, אקסטזי, אבקת מלאכים וכדומה?

אמפטמין?

בארביטוראט?

חשיש, מריחואנה, קנביס וכדומה?

אחר:

4. תדירות השימוש בעבר ו/או בהווה: מס' שנות שימוש:

5. האם עברת גמילה, מתי, נא פרטים של הרופא או המרפאה שטפלו בך לשיקום או גמילה?

(יש לצרף דוח מעקב גמילה, דוח רופא מטפל כולל רשימת אבחנות וטיפולים ובדיקות דם ושתן עדכניות הכוללות סרולוגיה להפטיטיס ו-HIV)

6. האם סבלת מאחת המחלות הבאות כתוצאה משימוש בסמים: איידס, מחלת כבד (הפטיטיס B או C) ו/או אחרות?

(יש לצרף דוח רופא מטפל כולל רשימת אבחנות וטיפולים, בדיקות דם ושתן עדכניות הכוללות סרולוגיה להפטיטיס ו-HIV)

7. כמה זמן אתה מועסק ע"י המעסיק הנוכחי?

כמה מעסיקים עברת בשנים האחרונות והאם הועסקת ברצף?

הצהרה

אני החתום מטה, 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, במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל, לא יהיה הביטוח בתוקף.

תאריך: שם וחתימה: 

