

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס ביטוח חיים 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il  
ניתן לוודא את קבלת הפקס 24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

שם סוכן ראשי (שם פרטי ושם משפחה)..... שם הסוכנות.....  
מס' סוכן..... מספר הטלפון של הסוכן..... מספר הטלפון הנייד.....  
שם המפקח.....  
שם לב - עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

שם	מס' תעודת זהות	מספר פוליסה/ות
<p>1. הריני מצהיר בזאת, כי הפסקתי לעשן באופן מוחלט החל מתאריך:..... (השאלה מתייחסת לכל סוגי מוצרי הטבק והעישון, לרבות סיגריות, סיגרים, נרגילה, מקטרת, סיגריה אלקטרונית וכן מוצרים דומים). עד לתאריך זה עישנתי..... בכמות של..... במשך..... שנים. סיבת הפסקת העישון: <input type="checkbox"/> רפואיות <input type="checkbox"/> אחר, פרט:.....</p> <p>2. יש לסמן האם אתה סובל או סבלת בעבר מאחת הבעיות הרשומות להלן:</p> <p>1. לב וכלי דם <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא 2. ריאות ודרכי נשימה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא 3. גידול ממאיר <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא 4. סכרת <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>אנא פרט במקרה שתשובה לשאלה מסוימת הינה חיובית (תאריך גילוי/אירוע, טיפול, סטטוס היום):.....</p> <p>3. אנא ציין מדדים עדכניים להיום: גובה -..... משקל -.....</p> <p>4. לתשומת ליבך, הפרטים המפורטים בהצהרה זו ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח. עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות שנשאלו. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.</p> <p>שם המבוטח:..... תאריך:..... חתימת המבוטח:.....</p>		