

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

|                                                                                                                 |  |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|
| שאלה                                                                                                            |  | תשובה                                      |
| 1. ממתי הינך צורך אלכוהול?                                                                                      |  |                                            |
| 2. כמות צריכה שבועית                                                                                            |  |                                            |
| האם יש בעיות רפואיות נלוות לצריכת האלכוהול <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא. אם כן, פרט: |  |                                            |
| <input type="checkbox"/> התמכרות                                                                                |  | <input type="checkbox"/> פגיעה בתפקודי כבד |
| <input type="checkbox"/> בעיות במערכת העיכול                                                                    |  | <input type="checkbox"/> בעיות נוירולוגיות |

|       |             |                   |       |
|-------|-------------|-------------------|-------|
| חתימה | מס' ת. זהות | שם המועמד / מבוסח | תאריך |
|-------|-------------|-------------------|-------|

תאריך \_\_\_\_\_ שם הסוכן/סוכנת הביטוח \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ X



^dt2033

**\*3453**