

יש להשיב תשובות מלאות וכנות לשאלות המופיעות מטה. התשובות ישמשו יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. אם לא יענו באופן מלא וכנה, תוכל להיות לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח. חתימתי למטה מאשרת כי התשובות המפורטות בשאלונים הן מלאות וכנות וניתנו מרצוני החופשי.

### 3. שאלון אסטמה ודרכי הנשימה

מהי המחלה, התופעה או ההפרעה שהייתה או קיימת לך כיום בריאות ו/או בדרכי הנשימה?

אמפיזמה\*

אסטמה

■ האם קיימת הפרעה בתפקודי הריאות?  לא  כן\*

מחלת ריאות חסימתית כרונית (COPD)\*

**\*במידה ומחלת האסטמה מלווה בתפקודי ריאות לא תקינים בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל בצירוף תוצאות תפקודי ריאות**

תופעה / בעיה אחרת בריאות\*

■ האם מטופל?

**\*במקרים בהם קיים סימון כוכבית (\*) בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל, בצירוף תוצאות בדיקות תפקודי ריאות**

לא  כן, בבקשה לענות גם על השאלות ההמשך מטה:

טיפול בהתאם לצורך בלבד (לדוגמא משאף)

טיפול קבוע (כדורים, או טיפול אחר)

■ מתי היה התקף אחרון? תאריך: .....

חתימה

מספר תעודת זהות

שם המועמד/ת לביטוח

תאריך

