

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 הפרעה שהייתה או קיימת לך כיום בריאות ו/או בדרכי הנשימה?

- אסטמה
- אמפיזמה
- האם הומלץ על טיפול / שימוש בחמצן (קבוע / בזמן התקף)? לא כן
- האם אושפזת או הפנית למיון בשנה האחרונה? לא כן
- האם קיימת הפרעה בתפקודי הריאות? לא כן*
- תופעה / בעיה אחרת בריאות*
- *במידה ומחלת האסטמה מלווה בתפקודי ריאות לא תקינים בבקשה לצרף מכתב מהרופא המטפל בצירוף תוצאות תפקודי ריאות**
- האם מטופל?
- 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:

תאריך	שם המועמד/ת לביטוח	מספר תעודת זהות	חתימה
	שם ההורה (במקרה של קטין)	ת.ז של הורה (במקרה של קטין)	

