

שם הסוכן	מספר פוליסה / הצעה
----------	--------------------

מספר שאלון : 2

שאלון מערכת הריאות ודרכי נשימה

שם המועמד	מס' ת.ז.	גיל
-----------	----------	-----

1. ציין מהי המחלה / המום / הבעיה הרפואית ממנה אתה סובל

○ אסטמה ○ אלרגיה ○ ברונכיט כרונית ○ אמפיזמה ○ COPD ○ פנאומוטורקס ○ דלקות ריאות חוזרות ○ שחפת ○ סרקואידוזיס ○ סיסטיק פיבורזיס ○ דום נשימה בשינה ○ מום מלידה

2. ציין באיזה גיל הופיע ההתקף הראשון

3. כמה התקפים היו לך בשנה האחרונה?

4. אופיים של ההתקפים

5. מתי היה לך ההתקף האחרון?

6. כמה זמן נמשך כל התקף?

7. מה הטיפול או התרופה שאתה מקבל בזמן התקף?

8. האם אתה מקבל טיפול קבוע? ○ כן ○ לא, אם כן פרט

9. האם אושפזת בבית חולים עקב הבעיה הרפואית? ○ כן ○ לא (יש לצרף מסמכי אישפוז)

10. האם אתה זקוק לטיפול באינהלציה? ○ כן ○ לא

11. האם בוצעה לך בדיקת תפקודי ריאות ○ כן ○ לא - אם כן פרט מה היו הבדיקות ותוצאותיהם

12. מי הרופא המטפל באסטמה כתובתו

הערות.....

.....

.....

הצהרה	
אני החתום מטה אשר את חיינו יש לבטח, מצהיר בזאת שכל תשובותי הנ"ל הן נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע לי ששאלון/ים זה/אלו מהווה/ים חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח חיים. ובמקרה ותשובותיי אינן נכונות ומלאות, במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל, לא יהיה הביטוח בתוקף.	
תאריך	חתימת המועמד