שם הסוכן	
מספר סוכן	
מספר פוליסה/הצעה	

הראל
ביטוח ופיננסים

3050

שאלון דרכי נשימה

נבקשך להעביר אלינו טופס זה באמצעות סוכן הביטוח שלך או ישירות לחברתנו לכתובת:
הראל חברה לביטוח, האגף לביטוח חיים, בית הראל - ת.ד. 1951, רמת גן 52118

שם המועמד: _____ **מס' זהות: (9 ספרות)** _____ **גיל:** _____

1. באיזה גיל אובחנה לראשונה מחלת האסטמה ? _____
2. כמה זמן הנך בטיפול רפואי עקב כך ? _____
3. מתי סבלת מההתקף האחרון ? _____
4. כמה התקפי אסטמה היו לך בשנתיים האחרונות ? _____
5. בכמה מההתקפים קבלת טיפול רפואי או אשפוז בבית חולים ? פרט: _____
6. האם האסטמה קשורה בברונכיט או אמפיזמה ? _____
7. האם מחלת האסטמה שלך מחייבת טיפול מתמיד ונמשך ? ◯ לא / ◯ כן.
8. האם עליך לקבל תרופות ? ◯ לא / ◯ כן. אם כן, נא פרט איזה : _____
9. האם אתה זקוק לטיפול באנילציה ? _____
10. האם נעשו לך בדיקות תפקוד ריאות ? ◯ לא / ◯ כן. אם כן, פרט מה הבדיקות ותוצאותיהם : _____
11. הערות : _____

הצהרה

אני החתום מטה אשר את חייו יש לבטח, מצהיר בזה 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 ותשובותי אינן נכונות ומלאות, במקרה והעלמתי דבר כאמור לעיל, לא יהיה הביטוח בתוקף.

_____ חתימת המועמד

תאריך _____

הדפס