



הצהרת מבוטח בגין הפסקת עישון ביטוח חיים

אני החתום מטה שם: _____ ת"ז: _____
אני מצהיר כי נכון למועד הצהרה זו אינני מעשן: סיגריות / סיגרים / נרגילה / מקטרת / סיגריה אלקטרונית
2. הפסקתי לעשן בתאריך _____ / _____ (חודש/שנה) ומאז לא חזרתי לעשן כלל.

3. שאלון הפסקת עישון

מהי סיבת הפסקת העישון? _____

לא	כן	האם אובחנת באחת או יותר מהמחלות הבאות/מצבים הבאים:
☐	☐	אוטם לבבי/התקף לב ו/או מחלת לב וכלי דם ו/או עברת צנתור?
☐	☐	מחלת ריאות חסימתית, ברונכיט כרונית, אמפיזמה, שיעול ממושך מעל 3 שבועות, שיעול דמי ו/או קשיי נשימה?
☐	☐	גידול ממאיר ו/או טרום ממאיר בלוע או בחלל הפה ו/או באף ו/או בוושט ו/או בריאות ודרכי הנשימה ו/או בשלפוחית השתן במהלך 5 שנים האחרונות?
☐	☐	מחלות מערכת העצבים והמוח לרבות אירוע מוחי לרבות TIA, שבץ מוחי?

אם התשובה חיובית יש לפרט את האבחנה המדויקת ותאריך גילויה: _____

הצהרה:		
1. ידוע לי שהצהרתי לעיל ותשובתי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.		
2. אני מצהיר כי כל התשובות בהצהרה זו נכונות, כנות ומלאות.		
3. ידוע לי כי בהתאם לחוק חוזה ביטוח התשמ"א-1981, תשובה בלתי מלאה וכנה עלולה לגרום לביטול חוזה הביטוח ו/או לגרום לתשלום תגמולי ביטוח מופחתים ו/או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי ביטוח.		
תאריך	שם המבוטח	חתימת המבוטח X

