

קוד מסמך: 46

**הצהרת מבוטח בגין הפסקת עישון**

אני, הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

מבוטח בפוליסה מספר \_\_\_\_\_ (להלן: "חוזה הביטוח")

- אני מצהיר כי נכון למועד הצהרה זו אינני מעשן:  
 סיגריות ו/או סיגריה אלקטרונית ו/או סיגרים ו/או מקטרת ו/או נרגילה (או אמצעי עישון דומים להם).
- הפסקתי לעשן לחלוטין בתאריך \_\_\_\_\_ ומאז לא חזרתי לעשן כלל.

**שאלון הפסקת עישון:** 3.

לא	כן	האם אובחנה/נו אצלך :
		מחלת לב וכלי דם
		מחלת ריאות חסימתית, ברונכיטיס כרונית, אמפיזמה, שיעול ממושך ו/או קשיי נשימה
		גידול ממאיר ו/או טרום ממאיר בלוע או בחלל הפה ו/או בריאות ודרכי הנשימה ו/או בשלפוחית השתן במהלך 5 שנים האחרונות

- ידוע לי שהצהרתי לעיל ותשובתיי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני מצהיר כי כל התשובות כמפורט בהצהרה זו הן נכונות, מלאות וכנות.
- ידוע לי כי בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981, תשובה בלתי מלאה וכנה עלולה לגרום לביטול חוזה הביטוח ו/או לגרום לתשלומי תגמולי ביטוח מופחתים ו/או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי ביטוח.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

גרסה: 07/2016