



**עוגן למשפחה פרט - נספח פרטי כיסוי לטופס הצטרפות**

לשם הנוחיות, הטופס מנוסח בלשון זכר - הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

שם סוכן	מס' סוכן	מפקח	מחוז	חותמת נתקבל
---------	----------	------	------	-------------

סמן בחירתך:

- רכישת עוגן למשפחה פרט - כביטוח יסודי.
- רכישת עוגן למשפחה פרט - כביטוח נוסף להצעה ל \_\_\_\_\_
- רכישת עוגן למשפחה פרט - כביטוח נוסף לפוליסת פרט קיימת מספר \_\_\_\_\_

**עוגן למשפחה - תכנית המבטיחה תשלום חודשי למוטב, במקרה של פטירת המבוטח**

1. תקופת ביטוח מינימאלית: 10 שנים.
2. ניתן לרכוש עד 5 כיסויים חודשיים בפוליסה אחת, למבוטח ראשי ולמבוטח משני, יחד.
3. תום תקופת הביטוח לכל אחד מהתשלומים החודשיים יהיה כמפורט בטבלה מטה, אך לא יאוחר ממועד תום תקופת הביטוח כאמור בתנאי הפוליסה היסודית אליה צורף הכיסוי עוגן למשפחה פרט, או עד גיל 85 של המועמד לביטוח, המוקדם מביניהם.
4. בהיעדר מינוי מוטבים לתשלום החודשי, התשלום ישולם ליורשים החוקיים של המבוטח, בחלקים שווים.

**מועמד ראשי לביטוח**

שם פרטי	שם משפחה	מס' ת.ז.
_____	_____	_____ / _____

**כיסוי מספר 1 למועמד ראשי - פרטי הכיסוי לעוגן למשפחה פרט**

פרטי המוטב לקבלת התשלום החודשי במקרה פטירה						שם פרטי	שם משפחה	תקופת הביטוח בשנים שלמות*	סכום התשלום החודשי במקרה פטירה
תאריך לידה	כתובת מגורים	מין	קרבה למועמד לביטוח	מספר ת.ז.	מספר				
___/___/___	מספר רחוב	עיר	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	_____ / _____	מספר	_____	שנים	ש	

**כיסוי מספר 2 למועמד ראשי - פרטי הכיסוי לעוגן למשפחה פרט**

פרטי המוטב לקבלת התשלום החודשי במקרה פטירה						שם פרטי	שם משפחה	תקופת הביטוח בשנים שלמות*	סכום התשלום החודשי במקרה פטירה
תאריך לידה	כתובת מגורים	מין	קרבה למועמד לביטוח	מספר ת.ז.	מספר				
___/___/___	מספר רחוב	עיר	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	_____ / _____	מספר	_____	שנים	ש	

**כיסוי מספר 3 למועמד ראשי - פרטי הכיסוי לעוגן למשפחה פרט**

פרטי המוטב לקבלת התשלום החודשי במקרה פטירה						שם פרטי	שם משפחה	תקופת הביטוח בשנים שלמות*	סכום התשלום החודשי במקרה פטירה
תאריך לידה	כתובת מגורים	מין	קרבה למועמד לביטוח	מספר ת.ז.	מספר				
___/___/___	מספר רחוב	עיר	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	_____ / _____	מספר	_____	שנים	ש	

**כיסוי מספר 4 למועמד ראשי - פרטי הכיסוי לעוגן למשפחה פרט**

פרטי המוטב לקבלת התשלום החודשי במקרה פטירה						שם פרטי	שם משפחה	תקופת הביטוח בשנים שלמות*	סכום התשלום החודשי במקרה פטירה
תאריך לידה	כתובת מגורים	מין	קרבה למועמד לביטוח	מספר ת.ז.	מספר				
___/___/___	מספר רחוב	עיר	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	_____ / _____	מספר	_____	שנים	ש	

**כיסוי מספר 5 למועמד ראשי - פרטי הכיסוי לעוגן למשפחה פרט**

פרטי המוטב לקבלת התשלום החודשי במקרה פטירה						שם פרטי	שם משפחה	תקופת הביטוח בשנים שלמות*	סכום התשלום החודשי במקרה פטירה
תאריך לידה	כתובת מגורים	מין	קרבה למועמד לביטוח	מספר ת.ז.	מספר				
___/___/___	מספר רחוב	עיר	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	_____ / _____	מספר	_____	שנים	ש	



רכישת עוגן למשפחה פרט - למועמד שני לביטוח		
שם פרטי	שם משפחה	מס' ת.ז. _____ / _____

**כיסוי מספר 1 למועמד שני לביטוח - פרטי הכיסוי לעוגן למשפחה פרט**

פרטי המוטב לקבלת התשלום החודשי במקרה פטירה							תקופת הביטוח בשנים שלמות*	סכום התשלום החודשי במקרה פטירה		
תאריך לידה	כתובת מגורים		מין	קרבה למועמד לביטוח	מספר ת.ז.	שם פרטי			שם משפחה	
____/____/____	מספר	רחוב	עיר	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		____/____			שנים ____	₪ _____

**כיסוי מספר 2 למועמד שני לביטוח - פרטי הכיסוי לעוגן למשפחה פרט**

פרטי המוטב לקבלת התשלום החודשי במקרה פטירה							תקופת הביטוח בשנים שלמות*	סכום התשלום החודשי במקרה פטירה		
תאריך לידה	כתובת מגורים		מין	קרבה למועמד לביטוח	מספר ת.ז.	שם פרטי			שם משפחה	
____/____/____	מספר	רחוב	עיר	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		____/____			שנים ____	₪ _____

**כיסוי מספר 3 למועמד שני לביטוח - פרטי הכיסוי לעוגן למשפחה פרט**

פרטי המוטב לקבלת התשלום החודשי במקרה פטירה							תקופת הביטוח בשנים שלמות*	סכום התשלום החודשי במקרה פטירה		
תאריך לידה	כתובת מגורים		מין	קרבה למועמד לביטוח	מספר ת.ז.	שם פרטי			שם משפחה	
____/____/____	מספר	רחוב	עיר	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		____/____			שנים ____	₪ _____

**כיסוי מספר 4 למועמד שני לביטוח - פרטי הכיסוי לעוגן למשפחה פרט**

פרטי המוטב לקבלת התשלום החודשי במקרה פטירה							תקופת הביטוח בשנים שלמות*	סכום התשלום החודשי במקרה פטירה		
תאריך לידה	כתובת מגורים		מין	קרבה למועמד לביטוח	מספר ת.ז.	שם פרטי			שם משפחה	
____/____/____	מספר	רחוב	עיר	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		____/____			שנים ____	₪ _____

**כיסוי מספר 5 למועמד שני לביטוח - פרטי הכיסוי לעוגן למשפחה פרט**

פרטי המוטב לקבלת התשלום החודשי במקרה פטירה							תקופת הביטוח בשנים שלמות*	סכום התשלום החודשי במקרה פטירה		
תאריך לידה	כתובת מגורים		מין	קרבה למועמד לביטוח	מספר ת.ז.	שם פרטי			שם משפחה	
____/____/____	מספר	רחוב	עיר	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		____/____			שנים ____	₪ _____

תאריך	חתימת בעל הפוליסה	חתימת מועמד ראשון לביטוח	חתימת מועמד שני לביטוח