

## בקשה לשינויים בפוליסת פרט

א. פרטי בעל הפוליסה (במידה ושונה מהמבוטח הראשי)					
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות / ח.פ.	מספר טלפון	מספר נייד	
רחוב					
מס בית	מס דירה	יישוב	מיקוד	דואר אלקטרוני	@

ב. פרטי המבוטח הראשי					
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מספר טלפון	מספר נייד	עיסוק
רחוב					
מס בית	מס דירה	יישוב	מיקוד	דואר אלקטרוני	@

ג. פרטי המבוטח משני					
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מספר טלפון	מספר נייד	עיסוק
רחוב					
מס בית	מס דירה	יישוב	מיקוד	דואר אלקטרוני	@

ד. יש לערוך את השינויים הבאים (סמן ב  את השינויים המבוקשים)

בכל פוליסות.  בפוליסות מספר: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

שינוי /הוספת כיסויים לפוליסה/ות (יש לצרף שאלון החלפה / שינוי בפוליסות ביטוח חיים + הצהרת בריאות) החל מתאריך \_\_\_\_\_.

חידוש הפוליסה/ות (יש להעביר הצהרת בריאות ואמצעי תשלום) החל מתאריך \_\_\_\_\_.

ה. ברצוני לבצע את השינויים הבאים (סמן ב <input checked="" type="checkbox"/> את השינויים המבוקשים)										
כיסוי	מבוטח ראשי				מבוטח משני				סכום ביטוח מבוקש	הקטנה
	הגדלה	הוספה	ביטול	הקטנה	הגדלה	הוספה	ביטול	הקטנה		
מגן 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מגן 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מגן לעתיד	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מוות מתאונה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
נכות מתאונה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
סרטני נשים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מקסימום 36,000 ₪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מחלות קשות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מקסימום 600,000 ₪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
פיצוי סיעודי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אחר: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ו. שינויים בכיסוי אובדן כושר עבודה

מבוטח ראשי	מבוטח משני	כיסוי אובדן כושר עבודה
<input type="checkbox"/> ביטול מלא של הכיסוי	<input type="checkbox"/> ביטול מלא של הכיסוי	
<input type="checkbox"/> ביטול פיצוי והשארת שחרור פרמיות	<input type="checkbox"/> ביטול פיצוי והשארת שחרור פרמיות	
<input type="checkbox"/> הקטנת סכום הפיצוי ל: _____ ₪	<input type="checkbox"/> הקטנת סכום הפיצוי ל: _____ ₪	
<input type="checkbox"/> הגדלת סכום הפיצוי ל: _____ ₪	<input type="checkbox"/> הגדלת סכום הפיצוי ל: _____ ₪	
<input type="checkbox"/> פרנציזה	<input type="checkbox"/> פרנציזה	
<input type="checkbox"/> מורחב	<input type="checkbox"/> מורחב	
<input type="checkbox"/> שינוי חודשי המתנה:	<input type="checkbox"/> שינוי חודשי המתנה:	
<input type="checkbox"/> 1 חודש <input type="checkbox"/> 2 חודשים <input type="checkbox"/> 3 חודשים <input type="checkbox"/> 6 חודשים	<input type="checkbox"/> 1 חודש <input type="checkbox"/> 2 חודשים <input type="checkbox"/> 3 חודשים <input type="checkbox"/> 6 חודשים	
לא ניתן לרכוש פרנציזה לתקופת המתנה של 1 או 2 חודשי המתנה	לא ניתן לרכוש פרנציזה לתקופת המתנה של 1 או 2 חודשי המתנה	

ז. חתימות

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת מבוטח ראשי/בעל פוליסה: \_\_\_\_\_ חתימת מבוטח משני: \_\_\_\_\_

02/2021

