

מספר פוליסה
שם המפקח

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## שינוי בפוליסה/ות פרט - תחום בריאות

טופס מספר **2738**

א. פרטי המבוטח/ים ועדכון עיסוק					
מבוטח	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
ראשי	מצב משפחתי	מין	דואר אלקטרוני	עיסוק	
	ר □ נ □ א □ ג □	נ □ ז □ נ □			
בן/בת זוג	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
	מצב משפחתי	מין	דואר אלקטרוני	עיסוק	
	ר □ נ □ א □ ג □	נ □ ז □ נ □			

אופן מסירת מידע למבוטח  
אני מעוניין לקבל את הפוליסה, מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח, דו"ח שנתי ומידעים בקשר אליה באחת מהאופציות הבאות:  
 דואר אלקטרוני בליווי מסרון לטלפון הנייד  דואר בליווי מסרון לטלפון הנייד  
במקרה שלא סומנה בחירה לעיל, ישלחו המסמכים הנ"ל באמצעות מסרון או דוא"ל של הנציג עפ"י הרשום לעיל.

ב. עדכון מוביל/נציג מועמדים לביטוח					
מבוטח	שם	תעודת זהות	עדכון נציג / מוביל		
ילדים עד גיל 18	בן/בת זוג	שם	פרטי נציג קיים		
	ילד 1	שם	תעודת זהות		
	ילד 2	שם	פרטי הנציג החדש* וכתובתו:		
	ילד 3	שם	תעודת זהות	דואר אלקטרוני	מספר טלפון
ילד 4	שם	תעודת זהות	דואר אלקטרוני	מספר טלפון	מיקוד
	ישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד

היתור של הנציג שלוח של המועמדים: אני/ו מאשר/ים כי הנציג הינו שלוח שלי/נו לכל דבר ועניין בקשר עם הפוליסה, ובכלל זה בנוגע להודעות ביטול הפוליסה.  
\* יש להחתיים את הנציג החדש והסכמת הנציג הקודם.  
אופן מסירת מידע לנציג החדש  
אני מעוניין לקבל את הפוליסה, מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח, דו"ח שנתי ומידעים בקשר אליה באחת מהאופציות הבאות:  
 דואר אלקטרוני בליווי מסרון לטלפון הנייד  דואר בליווי מסרון לטלפון הנייד  
במקרה שלא סומנה בחירה לעיל, ישלחו המסמכים הנ"ל באמצעות מסרון או דוא"ל של הנציג עפ"י הרשום לעיל.

חתימת נציג / מוביל קודם ★  
חתימת נציג / מוביל חדש ★

ג. בקשה להקטנת סכום ביטוח ושינויים נוספים			
הכיסוי המבוקש	סוג השינוי - סמן X	בכל הפוליסות <input type="checkbox"/> בפוליסות המפורטות מטה <input type="checkbox"/>	הסכום בש"ח לאחר השינוי נכון למדד תאריך השינוי
<input type="checkbox"/> מחלות קשות*	<input type="checkbox"/> הקטנה	(יש לרשום את מספר הפוליסה מול הכיסוי המתאים)	
<input type="checkbox"/> מזור לסרטן*	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> מוות ונכות מתאונה	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> סיעוד**	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> סיעוד משלים**	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> בקשה לסילוק מוצר סיעודי והשאת נספח "הבטחה למחר" בתוקף	פוליסה/ות הבאה/ות:		

מק"ט 492303029 (מהדורה 03.2021)

**ג. בקשה להקטנת סכום ביטוח ושינויים נוספים - המשך**

הסכום בש"ח לאחר השינוי נכון למדד תאריך השינוי	<input type="checkbox"/> בכל הפוליסות <input type="checkbox"/> בפוליסות המפורטות מטה (יש לרשום את מספר הפוליסה מול הכיסוי המתאים)	סוג השינוי - סמן X	הכיסוי המבוקש	ב/בת זוג
		הקטנה		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> מחלות קשות*	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> מזור לסרטן*	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> מוות ונכות מתאונה	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> סיעוד**	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> סיעוד משלים**	
			<input type="checkbox"/> בקשה לסילוק מוצר סיעודי והשארת נספח "הבטחה למחר" בתוקף	
ילד 1 שם: _____ ת.ז: _____				
הסכום בש"ח לאחר השינוי נכון למדד תאריך השינוי	<input type="checkbox"/> בכל הפוליסות <input type="checkbox"/> בפוליסות המפורטות מטה (יש לרשום את מספר הפוליסה מול הכיסוי המתאים)	סוג השינוי - סמן X	הכיסוי המבוקש	ילד 1
		הקטנה		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> מחלות קשות*	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> מזור לסרטן*	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> מוות ונכות מתאונה	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> סיעוד**	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> סיעוד משלים**	
			<input type="checkbox"/> בקשה לסילוק מוצר סיעודי והשארת נספח "הבטחה למחר" בתוקף	
ילד 2 שם: _____ ת.ז: _____				
הסכום בש"ח לאחר השינוי נכון למדד תאריך השינוי	<input type="checkbox"/> בכל הפוליסות <input type="checkbox"/> בפוליסות המפורטות מטה (יש לרשום את מספר הפוליסה מול הכיסוי המתאים)	סוג השינוי - סמן X	הכיסוי המבוקש	ילד 2
		הקטנה		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> מחלות קשות*	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> מזור לסרטן*	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> מוות ונכות מתאונה	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> סיעוד**	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> סיעוד משלים**	
			<input type="checkbox"/> בקשה לסילוק מוצר סיעודי והשארת נספח "הבטחה למחר" בתוקף	
ילד 3 שם: _____ ת.ז: _____				
הסכום בש"ח לאחר השינוי נכון למדד תאריך השינוי	<input type="checkbox"/> בכל הפוליסות <input type="checkbox"/> בפוליסות המפורטות מטה (יש לרשום את מספר הפוליסה מול הכיסוי המתאים)	סוג השינוי - סמן X	הכיסוי המבוקש	ילד 3
		הקטנה		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> מחלות קשות*	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> מזור לסרטן*	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> מוות ונכות מתאונה	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> סיעוד**	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> סיעוד משלים**	
			<input type="checkbox"/> בקשה לסילוק מוצר סיעודי והשארת נספח "הבטחה למחר" בתוקף	

מק"ט 492303029 (מהדורה 03.2021)

1558



01104927380203010321

עמוד 2 מתוך 3 דפים

### ג. בקשה להקטנת סכום ביטוח ושינויים נוספים - המשך

ילד 4 שם: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_

הכיסוי המבוקש	סוג השינוי - סמן X	בפוליסות המפורטות מטה	
		בכל הפוליסות <input type="checkbox"/>	בפוליסות המפורטות מטה (יש לרשום את מספר הפוליסה מול הכיסוי המתאים)
<input type="checkbox"/> מחלות קשות*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> מזור לסרטן*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> מוות ונכות מתאונה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> סיעוד**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> סיעוד משלים**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> בקשה לסילוק מוצר סיעודי והשארית נספח "הבטחה למחר" בתוקף		בפוליסה/ות הבאה/ות: _____	

\* לא ניתן להקטין סכום ביטוח פחות מ- 50,000 ש"ח.  
\*\* לא ניתן להקטין סכום ביטוח פחות מ- 2,000 ש"ח.

### ד. הרשאה לגביית פרמיה לביטוח בפוליסת ניתוחים בישראל - "ילדים גדלים במגדל"

אני מסכים ומאשר לכם לגבות את הפרמיה באמצעי הגבייה המצורף עבור כיסוי ניתוחים בישראל בפוליסה ייעודית שנפתחה עבור הילדים הרשומים מטה כל עוד הפוליסה הינה בתוקף.

הצהרות (מתייחסות לכל אחד מהילדים הרשומים מטה)  
ידוע לי ואני מאשר ומסכים כי בכל הנוגע לכיסויים הנ"ל:  
1. עפ"י ההרשאה לגביית הפרמיה שאישרתי, זכאים הילדים הנזכרים מטה להמשיך את הביטוח, בפוליסה חדשה, ברצף זכויות ובתנאי החיתום שנקבעו בעת הצטרפותו/הצטרפותם לפוליסה הקיימת.  
2. לא יחול כל שינוי בדמי הביטוח עד גיל 25 (מלבד הצמדה למדד) והחל מגיל 25 ואילך תשתנה הפרמיה. למען הסר ספק, מובהר כי האמור לעיל מתייחס לפוליסת ניתוחים בישראל בלבד ולא לכיסויים אחרים אם קיימים לילדים בחברה.

פרטי הילדים	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מספר פוליסה קיימת
ילד 1					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
ילד 2					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
ילד 3					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
ילד 4					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	

### ה. מינוי סוכן

הנני מבקש למנות סוכן:  
 לכל פוליסות בריאות/תאונות אישיות/סיעוד שבבעלותי.  
 לפוליסות הפרט שמספרן 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

שם סוכן: \_\_\_\_\_ מספר סוכן: \_\_\_\_\_ החל מתאריך: \_\_\_\_\_

### ו. הצהרת אי-עישון

במידה ומבוטח/ת מעוניינים לעדכן על אי-עישון יש לפנות לטופס מס' 8030.

### ז. חתימות

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת מבוטח ראשי/נציג מועמדים עד גיל 18 \* \_\_\_\_\_ חתימת בן/בת זוג \* \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן \* \_\_\_\_\_

מק"ט 492303029 (מהדורה 03.2021)



01104927380303010321

עמוד 3 מתוך 3 דפים