שם הסוכן	מספר הסוכן
מרחב	

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

בקשה להארכת פוליסת ביטוח - מגדל מסע עולמי

טופס מספר **811**

א. פרטי המבוטח

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	דואר אלקטרוני

למבוטח הנ"ל פוליסת נסיעות לחו"ל בתוקף שמספרה _____ (להלן "הפוליסה המקורית").

לתקופת ביטוח מתאריך _____ עד תאריך _____ .

תקופת הביטוח הנוספת המבוקשת מתאריך _____ עד תאריך _____ (להלן "הפוליסה החדשה"*).

* תקופת הביטוח המצטברת ממועד יציאת המבוטח מישראל אינה יכולה לעלות על תקופת הביטוח המירבית הנקובה בפוליסה.

ב. הצהרת המבוטח

אני מצהיר ומאשר בזאת כי:

1. אינני מועמד לקבלת טיפול רפואי כלשהוא ולא ידוע לי על צורך בקבלת טיפול רפואי.
2. ידוע לי כי טופס בקשה זה אינו מהווה פוליסת ביטוח, ובכל מקרה הפוליסה החדשה והכיסוי מתוכה יכנסו לתוקפם לאחר מועד קבלת הבקשה ואישורה בכתב על ידי המבטח. המבטח לא אחראי לכל ארוע, תוצאות והשלכות שהראו לאחר תום תקופת הביטוח המקורית ולפני תחילת תקופת הביטוח החדשה.
3. ידוע לי שתכנית הביטוח בפוליסה החדשה תהיה זהה לתכנית הביטוח שבפוליסה הבסיסית, ובתנאי שטרם חלפה תקופת הביטוח המרבית, כמפורט בפוליסה.
4. ידוע לי שהפוליסה החדשה אינה מכסה מצב מחלתי הקיים מלפני תחילת הביטוח למעט אם נרכשה הרחבה להחמרת מצב רפואי קיים והדבר נרשם במפורש בדף פרטי הביטוח ובלבד שלא חלפה תקופת הביטוח המרבית להרחבה הנ"ל.
5. ידוע לי כי אם בעת עריכת הפוליסה החדשה ו/או במועד הבקשה לא הייתי יכול לחתום על הצהרות המפורטות לעיל, זכאותי לקבלת תגמולי ביטוח עשויה להיפגע, בכפוף להוראות הפוליסה וחוק חוזה הביטוח (התשמ"א - 1981).

תאריך _____ שם המבוטח _____ **חתימת המבוטח** ★ _____

חלק זה ימולא ע"י אחד מבני משפחת המבוטח במקרה בו בקשה זו להארכה הוגשה טרם תום תקופת הביטוח של הפוליסה המקורית

ג. הצהרת נציג משפחת המבוטח

אני החתום מטה מצהיר בזאת כי:

1. שוחחתי עם המבוטח במהלך היממה החולפת והתבקשתי על ידו להאריך את פוליסת הביטוח לתקופה נוספת.
2. המבוטח אישר בפניי שלא חל שינוי במצב בריאותו מיום יציאתו מישראל ואין לו, נכון למועד הצעה זו, כל תביעה כלפי המבטח.
3. **בנוסף הבאתי לידיעתו את כל האמור בסעיף ב' - סעיפים 1-5 בטופס זה וידוע לו כי אחריות המבטח מותנית בכך שיכול היה המבוטח לחתום על ההצהרה המפורטת בסעיף ב'.**
4. **המבוטח אישר לי לקבל את הפוליסה בשמו ובמקומו ואני מתחייב לשלוח את הפוליסה למבוטח.**

מספר זהות	שם הנציג (פרטי ומשפחה)	קרבה למבוטח	דואר אלקטרוני

תאריך _____ **חתימת הנציג** ★ _____

ד. הרשאה לחיוב דמי הביטוח

אני מאשר כי בכפוף לאישורכם להארכת תוקף הפוליסה, תחייבו בדמי הביטוח הנדרשים את כרטיס האשראי של _____

כרטיס אשראי - (בחר את סוג הכרטיס המתאים): ☐ **ויזה** ☐ **ישראכרט** ☐ **דיינרס** ☐ **אמריקן אקספרס** ☐ **לאומי קארד**

מספר זהות	שם בעל הכרטיס	מספר כרטיס	בתוקף עד

במקרה של הצהרת נציג משפחת המבוטח כמפורט בסעיף ג' לעיל, מצהיר נציג המשפחה בנוסף כלהלן:
המבוטח ייפה את כוחי ונתן בידי הרשאה לחיוב דמי הביטוח בכרטיס האשראי בבעלותו (במקרה בו המבוטח אינו המשלם בפוליסה המקורית יש למלא הוראת חיוב לתשלום דמי הביטוח בטופס נפרד).

תאריך _____ שם המבוטח / הנציג _____ **חתימת המבוטח / הנציג** ★ _____

למען הסר ספק טופס זה אינו מהווה פוליסת ביטוח

מק"ט 425120077 (מהדורה 05.2019)

1552