

שם הסוכן	מס' הסוכן
מספר פוליסה	תאריך מבוקש להתחלת הביטוח

בקשה להוספת כיסויים נוספים למבוטחים קיימים שברשותם תוכנית הראל אמצע החיים למשפחה

תוקף הטופס עד 12/2012

א. פרטי המועמדים לביטוח

עיסוק/מקצוע	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	ס"ב

ב. תכניות הביטוח

1. פיצוי חודשי בגין נכות תעסוקתית (ניתן לרכוש עד 4,000 ₪ פיצוי חודשי)

סמן בהתאמה ✓	מספר ימי המתנה מבוקש	סכום פיצוי חודשי בש"ח

• גיל כניסה לתוכנית : 21-54 – עד שלוש שנים פיצוי, גיל 55-59 עד שנתיים פיצוי, גיל 60-64 עד שנה פיצוי.
2. כיסויים נוספים :

מבוטח ראשי	בן /בת זוג	ילד מעל גיל 21	ילד מעל גיל 21

ג. הצהרות הבריאות

1. הצהרת בריאות לתוכנית פיצוי חודשי בגין נכות תעסוקתית

האם נעדרת מעבודתך עקב מחלה או תאונה למעלה מחודש ימים במהלך 12 החודשים האחרונים? עקרת בית – האם רותק לביתך כאמור? אם כן פרטי.	מבוטח ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא

* במידה והתשובה חיובית יש להעביר פרוט מלא המתייחס לבעיה ו/או מסמכים רפואיים רלוונטיים

2. הצהרת בריאות לתוכנית אבחון רפואי מהיר

האם הינך כעת במהלך ברור תופעה או מחלה או שיעצו לך על ביצוע ברור/אבחון תופעה או מחלה וטרם הסתיים הברור/אבחון?	מבוטח ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא

* במידה והתשובה חיובית – יש להעביר תעודה עדכנית מהרופא עם אבחנה מדויקת בתום תהליך הברור

ד. אבקש לחייב את הפוליסה הקיימת באמצעות אמצעי הגבייה הקיים, במידה והמשלם אינו המבוטח יש להחתים גם את המשלם החריג בפוליסה.

חתימת המצהיר

במקרה שבו הטופס הצעה, לרבות הצהרת הבריאות, מולא בעבור המועמדים הרשומים בטופס על ידי המצהיר, אני מאשר כי חברת הביטוח נסמכת על הצהרת הבריאות כתנאי מהותי לרכישת הביטוח לעל כן תוקף הכיסוי הביטוחי בעבור כלל המבוטחים יהיה בכפוף לנכונות ולשלמות ההצהרות. הנני מאשר/ים את ההצהרות האמורות לעיל.
חתימת המועמדים לביטוח/המצהיר בשם המועמדים

שם מבוטח ראשי/ המצהיר בשם המועמדים	מספר הזהות	חתימה	תאריך
שם בן/בת זוג	מספר הזהות	חתימה	תאריך
שם הילד מעל גיל 21	מספר הזהות	חתימה	תאריך
שם המשלם חריג וזיקתו למבוטחים	מספר הזהות	חתימה	תאריך