

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 [X] 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 [X] את השינויים המבוקשים)										
כיסוי	מבוטח ראשי				מבוטח משני				סכום ביטוח מבוקש	
	הגדלה	הוספה	ביטול	הקטנה	הגדלה	הוספה	ביטול	הקטנה		
מגן 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
מגן 5	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
מגן לעתיד	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
מוות מתאונה	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
נכות מתאונה	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
סרטני נשים	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
מקסימום 36,000 ₪	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
מחלות קשות	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
מקסימום 600,000 ₪	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
פיצוי סיעודי	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
אחר: _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ו. שינויים בכיסוי אובדן כושר עבודה		
כיסוי אובדן כושר עבודה	מבוטח ראשי	מבוטח משני
	☐ ביטול מלא של הכיסוי ☐ ביטול פיצוי והשאת שחרור פרמיות ☐ הקטנת סכום הפיצוי ל: _____ ☐ הגדלת סכום הפיצוי ל: _____ ☐ פרנצ'יזה ☐ מורחב ☐ שינוי חודשי המתנה: _____ 1 חודש ☐ 2 חודשים ☐ 3 חודשים ☐ 6 חודשים ☐	☐ ביטול מלא של הכיסוי ☐ ביטול פיצוי והשאת שחרור פרמיות ☐ הקטנת סכום הפיצוי ל: _____ ☐ הגדלת סכום הפיצוי ל: _____ ☐ פרנצ'יזה ☐ מורחב ☐ שינוי חודשי המתנה: _____ 1 חודש ☐ 2 חודשים ☐ 3 חודשים ☐ 6 חודשים ☐
	לא ניתן לרכוש פרנצ'יזה לתקופת המתנה של 1 או 2 חודשי המתנה	

ז. חתימות
תאריך: _____ חתימת מבוטח ראשי/בעל פוליסה: _____ חתימת מבוטח משני: _____

כתובת מייל לשליחת מסמכים scan-life@hcsra-ins.co.il

***3453**

