



שם הסוכן	מספר הסוכן
	44937
שם המפקח	

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

## שינוי בפוליסה/ות פרט

טופס מספר 30

שים לב: לשינוי שמות, מען מגורים, מוטבים, מקצוע, פרטי חשבון בנק וכדומה יש למלא טופס מספר 20

א. פרטי המבוטח/ים				
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 □		
שני	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון
	מצב משפחתי	מין	דואר אלקטרוני	עיסוק
	ר □ נ □ א □ ג □			

## ב. את השינויים יש לערוך:

בכל הפוליסות שבבעלותי  בפוליסות מספר: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

## ג. שינויים בביטוחים ובכיסויים הנוספים (בדוק את גובה סכומי הביטוח על פי הכללים והצירופים האפשריים)

ברצוני לשנות / להוסיף כיסויים לפוליסה/ות  
1. שאלון החלפה / שינוי בפוליסות ביטוח חיים (טופס מס' 2)  
2. הצהרת בריאות (טופס מס' 1)  
החל מתאריך: \_\_\_\_\_

מבוטח שני				הביטוח / הכיסוי שבו חל שינוי / התוספת	מבוטח ראשי			
סוג השינוי - סמן X					סוג השינוי - סמן X			
הקטנה	ביטול	הוספה	הגדלה	הקטנה	ביטול	הוספה	הגדלה	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אור 1 <input type="checkbox"/> אור 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"/>	אובדן כושר עבודה משתנה - שלווה פיצוי <input type="checkbox"/> שחרור <input type="checkbox"/> 3 חודשים <input type="checkbox"/> 6 חודשים <input type="checkbox"/> בביטול פיצוי, האם להשאיר שחרור? כן <input type="checkbox"/> לא <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"/>	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"/>	מזור	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פרנציזה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הרחבה לאובדן כושר עבודה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

הגדלת פרמיה \*  הקטנת פרמיה לסיכ של \_\_\_\_\_ ש"ח. \* בהגדלת פרמיה יש למלא טופס הצהרת בריאות (טופס 1)

אחר \_\_\_\_\_

## ד. מינוי מוטבים (מינוי מוטבים יחול לגבי כל הפוליסות ששולבו בבקשה זו)

בחיי המבוטח - המבוטח. במקרה פטירה:

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה למוטב	החלק היחסי (%) בתגמולי הביטוח

## ה. מינוי סוכן

הנני חקש למנות סוכן לפוליסות/ הפרט שבבעלותי בהתאם לפרטים הבאים:	שם סוכן	מספר סוכן	44937	החל מתאריך	1 3
--	------------	--------------	-------	---------------	-----

מצ"ב טופס "הצהרת בריאות" (טופס מספר 1)  מצ"ב שאלון החלפה / שינוי בפוליסות ביטוח חיים (טופס מספר 2)  המבוטח הופנה לרופא לבדיקה רפואית

תאריך	מבוטח ראשי	מבוטח שני	חתימת הסוכן
1 3			



0122803001010612

עמוד מספר 1 מתוך 1 דפים

קוד מספר 228