

שם הסוכן אריק רוזן מספר הסוכן 63187 שם המפקח איליי

הטופס מנוסח בלשון נקבה ומיועד לנשים ולגברים.

הצעה לביטוח רפואי וסיעודי

פרטי המועמדים לביטוח

מספר זהות, שם משפחה, שם פרטי, תאריך לידה, מין, כתובת מגורים, פרטים ראשי, נוספים



תכניות הביטוח המבוקשות (סמן ב-√) ביטוח סיעודי - על כל מבטח מעל גיל 65 לעבור הערכה לקראת קבלתו לביטוח.

תכנית הבסיסית: Preferred Platinum, Upgrade Platinum, Basic Platinum, Upgrade Platinum, Preferred, Extra, Upgrade, More, Basic

למועמד לביטוח "הראל סיעודי לכל" עד גיל 50 (כולל) א אפשר להצטרף לתכנית ובתנאי שברשותך ביטוח סיעודי כלשהו או שאתה מבקש להצטרף לפוליסת סיעוד נוספת:

נספחים מבוקשים: שירותים רפואיים ייחודיים, שירותים רפואיים רגילים, שחרור הדדי, ניתוחים, סכום הביטוח, מענקים, סיעודי גמיש, בראש שקט, נכות מתאונה, מוות מתאונה

הצהרת בריאות

ג הצהרת בריאות

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד; על המבוטח הראשי, על בן/בת הזוג ועל כל אחד מהילדים המבוטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים, מספרו מופיע בסוגריים מרובעים [], לדוגמה [4]. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) בשאלות המסומנות ב-*, בה אושר החריג בחתימתך, תירשם בפוליסה החרגה בהתאם לסעיף זה.

חלק א - שאלות כלליות:	מב' זוג		בת/זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3	
	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן

1. גובה בס"מ										
2. משקל בק"ג										
3. מעשן/עישנת, כמה זמן? שנים. אם הפסקת, רשום מתי? _____										
4. משתמש או השתמשת בסמים? <input type="radio"/> האם שותה משקאות אלכוהוליים (יותר מ-2 כוסות ביום)										
5. האם נמצא במהלך ברור תופעה או מחלה?										

חלק ב - האם אתה סובל/סבלת בעבר או קיימת אבחנה ל:

1. מחלות או תופעות של מערכת העצבים <input type="radio"/> אירוע מוחי* <input type="radio"/> אפילפסיה [22] <input type="radio"/> טרשת נפוצה <input type="radio"/> איידס <input type="radio"/> ניוון שרירים <input type="radio"/> סיסטיק פיברוזיס <input type="radio"/> תסמונת דאון <input type="radio"/> זאבת <input type="radio"/> גושה <input type="radio"/>										
2. מחלה או מגבלה הקשורה בעיניים (יש לציין משקפיים רק כאשר העדשה/ות הן יותר ממספר 7) [1]										
3. בעיות הקשורות ב-: <input type="radio"/> אף <input type="radio"/> אוזן <input type="radio"/> גרון [2]										
4. מחלת לב [4] <input type="radio"/> יתר לחץ דם [5] <input type="radio"/> מחלת כלי דם [7] <input type="radio"/> מחלת דם*										
5. מחלה או הפרעה בריאות ובדרכי הנשימה [3]										
6. מחלה או הפרעה ב-: מערכת העיכול [9] <input type="radio"/> כיס המרה [9]										
7. סוכרת [12] <input type="radio"/> שומנים גבוהים/כולסטרול [6] <input type="radio"/> מחלת כבד [10] <input type="radio"/> מחלת צהבת [10]										
8. מחלה או הפרעה: בכליות [13] <input type="radio"/> בדרכי השתן [13] <input type="radio"/> בערמונית (פרוסטטה) [14]										
9.* <input type="radio"/> טחורים <input type="radio"/> פיסורה <input type="radio"/> האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בתאריך _____ האם הבעיה נפתרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן בקע: <input type="radio"/> בסרעפת <input type="radio"/> בטבור <input type="radio"/> במפשעה בצד: <input type="radio"/> ימין <input type="radio"/> שמאל <input type="radio"/> בשני הצדדים, האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בתאריך _____ האם הבעיה נפתרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן										
10. מחלה, מגבלה או שבר הקשור ב-: <input type="radio"/> מפרקים [18][19] <input type="radio"/> עמוד השדרה [21] <input type="radio"/> ברכיים [20] <input type="radio"/> ירידה בצפיפות העצם [17] <input type="radio"/> פיברומיאלגיה*										
11. גידולי עור [16] <input type="radio"/> דלקות עור / מחלות עור* <input type="radio"/> פסוריאזיס <input type="radio"/> שינויים בנקודות חן										
12. מחלות ממאירות* <input type="radio"/> גידולים אחרים*										
13. בעיות פריון <input type="radio"/> מחלה תורשתית* <input type="radio"/> מחלה ו/או תופעה כרונית* <input type="radio"/> FMF <input type="radio"/> בלוטת המגן [11] <input type="radio"/> מיגרנה <input type="radio"/> גאוס <input type="radio"/> מחלת נפש [25] <input type="radio"/> פיגור שכלי <input type="radio"/> שיתוק מוחי <input type="radio"/> אוטיזם <input type="radio"/> פוליו										
14. האם עברת ניתוח או יעצו לך על ניתוח שלא קשור לאחת המחלות המופיעות בהצהרת הבריאות? <input type="radio"/> האם אושפזת (לרבות אשפוז יום) [23] <input type="radio"/> האם עברת תאונה [24]										
15. האם נמצא בטיפול רפואי כלשהו, כולל תרופות או השגחה שלא קשור לאחת השאלות המופיעות בהצהרת הבריאות?										
16.* לנשים (מגיל 14 בלבד): <input type="radio"/> סבלת ו/או סובלת ממחלה הקשורה בכל תופעה גינקולוגית (לרבות שדיים) [15] <input type="radio"/> את בהריון <input type="radio"/> עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן, מתי? _____										
17. ילידים (עד גיל 18): <input type="radio"/> הפרעה/עייכות התפתחותי <input type="radio"/> הפרעות גדילה <input type="radio"/> הפרעות קשב וריכוז <input type="radio"/> מומים מולדים <input type="radio"/> אשך טמיר <input type="radio"/> נולד/ה פג - לילדים עד גיל 3 נא צרף מכתב עדכני מרופא ילדים.										

חלק ג - לביטוח סיעודי יש לענות גם על השאלות הבאות:

1. האם קיימת אבחנה ו/או סבלת ממחלות: <input type="radio"/> גריאטריות <input type="radio"/> ניווניות <input type="radio"/> רעד <input type="radio"/> פרקינסון <input type="radio"/> ירידה בזיכרון ו/או פגיעה קוגניטיבית <input type="radio"/> דמנציה (אלצהיימר). נא צרף מכתב עדכני מרופא נירולוג מטפל										
2. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מן הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נייחות/הליכה										

חלק ד - לביטוח מחלות קשות יש לענות גם על השאלה הבאה:

1. האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחות/בן/בת) היו או יש מחלות לב, סרטן, סוכרת, מחלות נפש [27]										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



* נא צרף מכתב עדכני מרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת עם פירוט מועד התחלת הבעיה, אבחנה מדויקת, תוצאות בדיקות שבוצעו בנושא, אופן הטיפול ומצב עדכני.

אני/ו מסכים/ים מראש לתוספת רפואית עד % _____.

אני/ו מסכים/ים מראש להחרגה של המחלה/הבעיה, לא יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור ב:

<input type="checkbox"/> ניתוח קיסרי או בקע בצלקת הניתוח	<input type="checkbox"/> חתמת המצהיר	<input type="checkbox"/> שם המצהיר	<input type="checkbox"/> חתמת המצהיר	<input type="checkbox"/> חתמת המצהיר
<input type="checkbox"/> בקע המוצהר	<input type="checkbox"/> חתמת המצהיר	<input type="checkbox"/> שם המצהיר	<input type="checkbox"/> חתמת המצהיר	<input type="checkbox"/> חתמת המצהיר
<input type="checkbox"/> טחורים/פיסורה אנלית	<input type="checkbox"/> חתמת המצהיר	<input type="checkbox"/> שם המצהיר	<input type="checkbox"/> חתמת המצהיר	<input type="checkbox"/> חתמת המצהיר

ד אופן התשלום סמן ב-✓ להלן והשלם:

<input type="checkbox"/> לגבייה (מלקוח קיים) מפוליסה מספר _____	<input type="checkbox"/> שם המשלם אם אינו המבוטח _____	מספר הטלפון _____
רחוב _____ מס' בית _____ יישוב _____ מיקוד _____	<input type="checkbox"/> חתמת המשלם אם אינו המבוטח _____	
<input type="checkbox"/> חודשי <input type="checkbox"/> שנתי <input type="checkbox"/> באמצעות כרטיס אשראי <input type="checkbox"/> בהוראת קבע קיימת בפוליסה מספר _____ ובתנאי שאתה המשלם.	שם בעל כרטיס האשראי _____	מספר זהות _____
סוג הכרטיס <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס	מספר כרטיס האשראי _____	תוקף הכרטיס _____ חודש _____
אני הח"מ, נותן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם על ידי הראל חברה לביטוח בע"מ ואשר מספר כרטיס האשראי שלי יהיה נקוב בהן. הוראה זו נחתמה על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה עליי הרשאה להראל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרט הראל חברה לביטוח בע"מ למנפיקה. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו על ידי הראל חברה לביטוח בע"מ וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. מעת לעת. הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תיחיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. ההודעה תישלח לביטוח הראל חברה לביטוח בע"מ תחודש, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.		
חתימת בעל הכרטיס _____	תאריך _____	

הצהרת המועמדים לביטוח

1. למבקשים להצטרף לתכנית: Upgrade Platinum / Upgrade

את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתיירש על ידי המבקשים על מצב בריאות/ונו ו/או על כל מחלה שחלית/ונו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר/ים על סודיות זו כלפי המבקש. כתב ויתור זה מחייב/נו, את עקבני/נו ובאי-כוחנו/נו החוקיים וכל מי שבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטנים.

6. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

(א) אני מצהיר כי המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה.
(ב) אני מצהיר על הסכמתי לך שהמידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברה או בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, מלבד לכל עניין הקשור ו/או חוץ מהקשור ו/או הנלווה להצטרפתי לפוליסה גם לכל עניין הקשור ביתר מצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל ובשיווקם, לרבות לצורך עבודה, אחסון, טיפול בתביעות ולשם השלמת השימושים כאמור.

אם אינך מסכים שיעשה שימוש במידע אודותיך כמפורט לעיל, על ידי חברות אחרות בקבוצת הראל אנא סמן x להלן:

○ איני מסכים שיעשה שימוש במידע כמפורט לעיל

(ג) אני מסכים לקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן הועבר פרטי, הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוב אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).

אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כמפורט לעיל, אנא רשום את האמצעי שבו אינך מעוניין לקבל פניות

(ד) אני מסכים כי בכל מקום בו מוחזק ו/או הפוליסות שיש לי בחברתכם, נדרשת אליהן הועבר פרטי, מטעמי, להעביר למבטח מידע ו/או מסמך בכתב. תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך דואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל האחרונה שנמסרה לכם, במקום בכתב. ידוע לי כי ייתכן וישלח אלי חומר הנוגע לענייני הפרטיים כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות, ולפיכך אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.

7. הרחבת ושרוים

כדי להימנע מתקופות אכזרה חדשות ואבדן הוותק בביטוח הקיים בגין הרחבת הכיסוי על פי המבוקש בהצעה זו, אני/נו נבקש להמשיך בביטוח הקיים ולהוסיף לו את הרחבות המבוקשות ו/או לשנות בו את השינויים המבוקשים.

8. קבלת שירותים במסגרת כתיב השירות

שירות ביקור רופא לילי ניתן בכל מקום יישוב בישראל. לא יינתן שירות ביקור רופא לילי במקומות שהינם מעבר לקו הירוק, מובהר שמני המתגורר מעבר לקו הירוק, הנוקד לשירות הרפואי, יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבון אל רופא ההסכם לפי כתובת שתימסר לו על ידי מוקד השירות (במקום גיאוגרפי הקרוב לבית מגוריו). ברמת הגולן שירות ביקור רופא לילי יינתן בקצרין או בכל מקום יישוב אחר באזור.

9. הפניית המועמד לביטוח לניהול השקעות בהראל פיננסיים ו/או ל"תחום אשראי"

אני/נו החתום/ים מטה מבקש/ים להעביר את פרטי/נו כפי שהם רשומים בטופס הצעה זה:
○ להראל פיננסיים לטובת תיאום פגישה אישית בנושא ניהול תיקי השקעות. הובהר לי/לנו על ידי הסוכן שתיק השקעות מנוהל, מתאים להשקעה של כ-300,000 ש"ח ויותר.
○ לתחום האשראי לטובת פעילות כרטיסי האשראי.

10. הליך הצטרפות

ידוע לי/נו כי במקום בו אפשר לצרף חלק מן המועמדים לביטוח ואילו המועמדים האחרים נדרשים להמשיך תהליך ביור תנאים, חיתום וקבלה. יתקבלו לביטוח אותם מועמדים שאפשר לקבלם, ויתר המועמדים יתקבלו לביטוח רק לאחר השלמת תהליך הביור והפקת פוליסה בעבורם, ובהתאם למועדים שייקבעו בה.
○ אני/נו מעוניין/ים באפשרות פיצול זו

(א) ידוע לי/נו כי לצורך מימוש הכיסוי בגין ניתוח עליו/נו לפנות לקופת החולים למימוש זכויותי/נו על פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אני/נו חבר/ים ("שב"ן": "כללית מושלם/פלטינום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מוסדות עדף/שיא"), וכן לפנות למבטח למימוש זכויותי/נו.
(ב) ידוע לי/נו שהכיסוי מכסה את הוצאות הרפואיות הנזכרות בנספח Upgrade לביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים, ובנספח לשירותים רפואיים אמבולטוריים Upgrade, אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן בו אני/נו חבר/ים.
(ג) ידוע לי/נו כי דמי הביטוח בגין תכנית Upgrade נמוכים מדמי הביטוח בביטוח לכיסוי מלא לניתוחים (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן).

2. למבקשים להצטרף לתכנית "Golden Care משלים" (לביטוח הסיעודי בקופת החולים):
(א) ידוע לי/נו כי התנאי המהותי לרכישת הביטוח הוא כי אני/נו מבטוח/ים בביטוח סיעודי במסגרת קופת החולים: "כללית מושלם" (הכולל כיסוי סיעודי), "סיעודי כסף/זהב", "מאוחדת זהב", "לאומית סיעודית", ו/או ביטוח סיעודי מסוג _____ מתאריך _____ של קופת החולים _____ בה אני/נו מבטוח/ים.
(ב) ידוע לי/נו שהביטוח הסיעודי המבוקש משמש כרובד משלים לביטוח הסיעודי במסגרת קופת החולים ולו תקופת המתנה בת 3 שנים או 5 שנים (כלומר, חברת הביטוח תתחיל לשלם פיצוי חודשי, רק לאחר שהמבטוח היה במצב סיעודי במשך 3 שנים או 5 שנים), בה אין זדאות לתגמול סיעודי על פי תנאי תכנית הביטוח.

3. אני/אנו החתום/ים מטה מבקש/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אוננו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני/אנו מצהיר/ים, מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי:
(א) כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
(ב) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בני/בינו לחבר החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
(ג) הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. ידוע לי/לנו שחזה הביטוח נכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח ולאחר שהפרטים הראשונים שלמה במלואם.

(ד) אם קיימת תוספת לפרמיה / החרגות בגין חיתום רפואי, במסגרת פוליסת ביטוח בריאות בה אני/נו מבטוחים בהראל, החרגות ו/או תוספות אלו יחולו גם על פוליסה זו, זאת בנוסף להחרגות/תוספות שייקבעו בדף הרשימה שיצורף לפוליסה.
(ה) הצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה ואני/אנו חותם/ים על המסמכים גם בשמם כאפוטרופוס.
(ו) ילד המבטוח במסגרת פוליסה משפחתית, בהגיעו לגיל 21 ימשיך להיות מבטוח במסגרת הכיסויים על פי פוליסה זו, כמפורט בתנאים ודמי הביטוח ויתאמו למעמדו כבוגר.

4. ידוע לי/לנו כי:
(א) ביטוח זה אינו מכסה תביעות אשר נובעות או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאות לקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף ובכפוף לסעיפי החריגים של ביטוח זה, ולתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחווי ביטוח) (הראות לעניין מצב רפואי קודם) התשס"ד - 2004.
(ב) לביטוח הרפואי תקופת אכזרה של 90 ימים. למקרה של גרידה או ניתוח קיסרי, תהיה תקופת אכזרה של 365 ימים.

5. ויתור על סודיות רפואית
אני/נו, החתום/ים מטה, נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצלה, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דרוש לביור הזכויות והחובות המוקנות על פי הפוליסה, למסור להראל חברה לביטוח בע"מ להלן "המבקש",

חתימת המצהיר
המקרה שבו טופס ההצעה, לרבות הצהרת הבריאות, מולא בעבור המועמדים הרשומים בטופס על ידי המצהיר, אני מאשר כי חברת הביטוח נסמכת על הצהרת המצהיר כתנאי מהותי לרכישת הביטוח ועל כן תוקף הכיסוי הביטוחי בעבור כלל המבטוחים יהיה בכפוף לנכונות ולשלמות ההצהרות. הנני מאשר את ההצהרות האמורות לעיל.

חתימת המועמדים / המצהיר בשם המועמדים	תאריך	שם מבטוח/המצהיר	מספר הזהות	חתימה
מבטוח ראשי/ המצהיר בשם המועמדים:				
בן זוג:				
ילד מעל גיל 18:				

במקרה שהמצהיר חותם בשם המועמדים, לא נדרשת חתימת בן הזוג וילד מעל גיל 18

1 החלפה/שינוי

האם יש בידך פוליסות ביטוח בריאות/סיעודי בתוקף?

האם הפוליסות לביטוח בריאות/סיעודי לרבות ריידרים שבתוקף:

- (א) עשויות להתבטל או יבטלו באופן חלקי או מלא; יסולקו באופן חלקי או מלא; יסתיימו בכל דרך אחרת? לא ○ לא ○ כן ○
- (ב) כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה?
אם התשובה לסעיף (א) ו/או (ב) חיובית, על הסוכן להמציא לך מסמך השוואה, לאישורך ולחתימתך.

חתימת מבטוח ראשי / המצהיר	חתימת בן זוג	חתימת ילד מעל 18

2 הצהרות הסוכן

1. הצהרת הסוכן "Golden Care משלים" (לביטוח הסיעודי בקופת החולים/פרטי/קבוצתי)
אני מאשר כי הבהרתי למועמד/ים לביטוח כי רכישת תכנית "Golden Care משלים" מותנית בהיותו/ם מבטוח/ים בביטוח הסיעודי במסגרת קופת החולים/פרטי/קבוצתי. כמיוכן הסברתי למועמד/ים לביטוח את מהות הכיסוי הביטוחי של תכנית "Golden Care משלים" אשר לה תקופת המתנה בת 3 שנים או 5 שנים בה לא יהיו/ים זכאים לתגמול סיעודי על פי תנאי התכנית. לפי דברי המועמד/ים לביטוח, שנמסרו לי/נו אישית על ידי/ם, ולמיטב הבנתי למועמד/ים לביטוח קיים ביטוח סיעודי במסגרת קופת החולים/פרטי/קבוצתי.

2. הצהרת הסוכן (החלפה/שינוי פוליסה)
למיטב ידיעתי הצעה זו אינה כרוכה בהחלפה/שינוי של פוליסה בתוקף.

חתימת הסוכן	שם הסוכן	תאריך