

בקשה לביטול חריג תאונות דרכים ו/או חריג פעולות טרור בפוליסת בריאות קיימת מספר _____

אני בעל הפוליסה / המבוטח, מבקש/ת להוסיף כיסוי של

ביטול חריג תאונות דרכים

ביטול חריג פעולות טרור

לפוליסת:

בריאות מושלמת TOP

בריאות מושלמת 2000 / בריאות מושלמת

כמו גדולים TOP

כמו גדולים 2000 / כמו גדולים

עבור המבוטחים הבאים:

1. בעל הפוליסה (שם פרטי ומשפחה) _____ ת.ז. _____
2. מבוטח שני (שם פרטי ומשפחה) _____ ת.ז. _____
3. ילד ראשון (שם פרטי ומשפחה) _____ ת.ז. _____
4. ילד שני (שם פרטי ומשפחה) _____ ת.ז. _____
5. ילד שלישי (שם פרטי ומשפחה) _____ ת.ז. _____

באם אחד המבוטחים נפגע בתאונת דרכים בעבר, נא לציין את שמו ואת תאריך קרות התאונה (רלוונטי למבקשים ביטול חריג תאונות דרכים בלבד)

באם אחד המבוטחים נפגע בפעולת טרור בעבר, נא לציין את שמו ואת תאריך האירוע (רלוונטי למבקשים ביטול חריג פעולות טרור בלבד)

שם בעל הפוליסה / המבוטח שביקש את הוספת הכיסוי: _____

הצהרות בעל הפוליסה/ המבוטח

הנני מצהיר/ה, כי ידוע לי שהכיסוי יכנס לתוקף בתאריך בו יופק ובתנאי שהבקשה תאושר ע"י החברה. כמו כן הנני מצהיר/ה, כי במידה וביקשתי כיסוי לביטול חריג תאונות דרכים:

1. ידוע לי, שהכיסוי לא יחול לגבי מבוטח אם בעת קרות התאונה נהג המבוטח באופנוע או במונית.
 2. ידוע לי, שהכיסוי לא יחול על טיפולים רפואיים כתוצאה מתאונת דרכים בה נפגע המבוטח בעבר.
- כמו כן הנני מצהיר/ה, כי במידה וביקשתי כיסוי לביטול חריג פעולות טרור, ידוע לי שהכיסוי לא יחול על טיפולים רפואיים כתוצאה מפעולת טרור בה נפגע המבוטח בעבר.

תאריך

חתימה

שם בעל הפוליסה/ המבוטח

