



בקשה לחידוש פוליסה שבוטלה אגב רכישת פוליסה אחרת

טופס מספר **699**

א. פרטי המועמדים לביטוח														
מספר פוליסה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות											
													ראשי	
													בן/בת זוג	
													ילדים	ילד 1
												2		
												3		
												4		

אני מבקש בזאת לחדש את הפוליסה/ות הקיימת/ות הרשומה/ות לעיל.

ב. הצהרות

ידוע לי/נו ואני/ו מצהיר/ים ומאשר/ים כלהלן:

- הפוליסה הרשומה לעיל בוטלה עקב רכישת פוליסה חדשה בביטוח רלוונטי שנרכשה בחברת ביטוח אחרת (להלן "הפוליסה בחברה אחרת או בחברת מגדל"), ובקשתי זו לחידוש הפוליסה נעשתה עקב ביטול הפוליסה בחברה אחרת או בחברת מגדל. בחינת בקשה זו תעשה בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי.
- ידוע לי כי הגשת בקשה זו לחידוש הפוליסה, ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי וולא תקופת אכשרה נוספת, מותנית בכך שלא חלפו 60 ימים ממועד ביטול הפוליסה המקורית.
- ידוע לי ואני מאשר ומתחייב כי בקשתי מותנית בתשלום דמי הביטוח שלא שולמו בפוליסה/ות הנ"ל ומתן אמצעי לתשלום הפרמיות בגינה/ן בעתיד.
- מקרה ביטוח, שאירע במהלך התקופה שבין מועד ביטולה של הפוליסה/ות הנ"ל לבין מועד קבלת בקשתי זו לא יכוסה.

אנו מסכימים בזאת כי הצהרות אלו הינן תנאי מוקדם לחידוש הפוליסה/ות כמבוקש לעיל.

חתימת
בן/בת זוג ★

חתימת
מועמד ראשי ★

תאריך

