

מהדורות 06/2025 - תוקף הטופס: עד 31/12/2027

את הטופס יש להעביר לפחות למייל polisotbs@harel-ins.co.il בצוירוף מסמכים נוספים, אם צריך.

שם הסוכן: **מספר הסוכן:**

חשיבות לדעתך:

- עליך להסביר תשובה מלאה וכן כל השאלות בטופס. במידה ולא, יכולה להיות לכך השפעה על תשלום תגמולו הביטוח.
- מילי הצעה זו עברו ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתימתו תחשב כהסכם הקטן.

א. פרטי המועמדים לביטוח

אופו קבלת הודעות וטומכיהם:

מסמכים הפליליים, דף פרטני הביטוח, הדיווחים השנתיים ומידיע וудכניםים ביחס לפוליטיות שלר אצלנו ב"הראל", יש לשלחו אליו אליר למספר הטלפון הניד ששלר שמעודכן אצלנו בהראל במועד השילחה. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו גם למייל, יש למלא את פרטיו בחילק הפרטים האישיים. אם ברצונך לקבל את המסמכים באמצעות דואר ישראל, יש לסמן לעדכון פרטים נתון להיכנס לאזרור האישי באתר החברה בכתבoot www.harel-group.co.il



^dt2355

סוג מסמך: 2355

*שירותות ביקור רפואי ניתן בכל יישוב בישראל לפחות יהודה, שומרון, חבל עזה ויישובי בקעת הירדן והערבה. השירות ניתן גם במקומות ארץ-ישראל, אוריינית ושערת תקווה. מינוי המתגבורר ברמת הגולן יהיה זכאי לשירות בקצרין או בכל יישוב אחר באזורי, כאשר המונע הנזק לשירות הרפואי יצטרך להגע בעלות עצמאו למוקד הרפואני באזורי.

ג. הצהרת בריאות- לאבחן רפואי מהיר בלבד (קוד פנימי - 04)

1. הצהרת הבריאות שלhlen, תחול לחוד על כל אחד מהbabim: המבוטח הראשי, בן הזוג וכל אחד מהילדים המבוטחים.
 2. יש לענות על השאלה שלhlen בסימן ✓ בטור התשובה המתאימה, במקרה של תשובה חיובית (כן) יש להבהיר תעודה עדכנית מהרווחה המטפל בהתייחס לבעה המוצחרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצבי העדכני.
 3. אם גילך 65 ומעלה, אנו מבקשים לצרף תעודה רפואיית מתיחסת למצבר הרפואי כולל התוצאות לניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בבדיקות דימות מיוחדות שוצעו ב-5 השנים האחרונות.

| ילד 4 | ילד 3 | ילד 2 | ילד 1 | בן/ בת זוג | מבוטה ראשי | |
|-------|-------|-------|-------|------------------|--|----|
| לא | כן | לא | כן | לא | כן | לא |
| | | | | | אם הופנית וטרם סיימת הליך ברור של תופעה או מחלת אליה הופנית בשנתיים האחרונות, עדין לא נקבעה אבחנה סופית? (הפניה לבדיקה אצל רופא מומחה /או לבבדיקות כגון: ממוגרפיה, מיפוי עצמות, MRI, CT, אולטרסאונד - שלא חלק מעקב הריאן, ביופסיה, דם סטמי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, קוליפוסקופיה, ו/או בדיקה פולשנית הכרוכה בטשטוש/ הרדמה) | |

| לא | כן |
|---|----|
| 1. האם קיימת ברשות אחד או יותר מהمוציאים לביטוח כתוב שירות מסווג דומה לכתב השירות אליו מבקשים להציג במסגרת טופס הצעה זה (להלן - "כתב השירות הקיימן")? הכיסויים הקיימים בפולישה הקיימת: במידה והתשובה מתואמת רף לחלק מהmóודים לביטוח, נא ציין למי: | |

2. אם התשובה חיובית, יש לסתום בסעיפים הבאים מהו האפשרות המתאימה בהתייחס לכתב השירות הקיימן שברשותך, ולענות על השאלות בהתאם

□ עבור פולישה קיימת פרטית בהראל:

אני/ מעוניין/ים להחליף את הפולישה הקיימת בפולישה חדשה

□ עבור פולישה קיימת בביטוח קבועתי:

אני/ מעוניין/ים להשאיר את הפולישה הקיימת בתוקף ללא שינוי

□ אני/ מבקש/ת לבטל את הפולישה הקיימת בחברה אחרת:

האם ברצונכם כי בבקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפולישה שברצונך/כם לבטל:

□ על ידכם □ על ידי סוכן הביטוח □ על ידי חברת הביטוח הראל (מצורף טופס ביטול) שם חברת הביטוח:
במקרים בהם ברשות המועמדים לbijוט פולישה קיימת ויקבעו לו/להם החרגות בפולישה החדשה: על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיכלול לכל הפקות השוואה בין ההחרגות שנקבעו לכל מועד לביטוח בכיסויים המבקשים לאלו שבפולישה הקיימת.

ה. מידע למועמד לביטוח

התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברת לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי להזיהה
הביטוח בגין לבן החברה והוא חלק בלתי נפרד ממנו.

1. תאריך תחילת הביטוח המחייב הוא התאריך שייקבע לאחר הפתק הפולישה ויירשם בדף פרטי הביטוח שיישלח אליו.
2. רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון מפרסת השוואה של פרימות הביטוח לכיסוי ניתוחם/השתלות/תרומות, בחברת הביטוח השונות בישראל וכן מדד המשקף את רמת השירות שלהן. באפשרות להיכנס למחשבון השוואת ביטוחו ולמדד שירות חברות הביטוח באתר של רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון בכתובת: www.mof.gov.il.
3. שליחת דבר פרסום:

א. הודעה על קבלת דבר פרסום של החברה:

הפרטים ששמורה יישמשו לצורך משלוח דברי פרסום מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט. באפשרות לסרב בכל עת ב: <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYSB>; unsubscribe1@harel-ins.co.il; קוד QR:



ב. הסכמה לקבלת דברי פרסום נוספת:

□ בנוסף על פרסום מהחברה רשאית לשלוח לי בהתאם להודעה שניתנה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסום על שירותים ומוצרים מכלל החברות בקבוצת הראל, שותפיה העסקיים וצדדים שלישים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט.
*קבוצת הראל - הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בתוות שלה.

תשומתLIBR, אי סימן לא יחשב כסירוב לקבלת דברי פרסום מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואני מבטל הסכמה קודמת. באפשרות לחזור ברה מסכםثار בכל עת.

4. פרטיות: הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וgemäß בע"מ [הראל] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תעופול וניהול Chi מוצרים, טיפול בתביעות, תלולים והילכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציג מוצרים ו שירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא יוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיימן) לצורך טיפול בבקשת ובכל הקשרו בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.

פירוט נוסף זמין במודיניות הפתוחה באתר הראל הcoilhet גם את דרכי ההתקשרות עם מונונה הגנת הפרטויות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מידיור ישר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

5. למושגים בלבד: לתשומתLIBR, ככל שנחנוך מפסיק לעשן לתקופה ממושכת של שניםים ומעלה, אני עדכן את החברה בצירוף תצהיר מתאים, על מנת שתיבחו האפשרות לשנות תעריף בכיסויים הרלוונטיים עבור פולישה זו.

6. אם הנך עונה על הגדרת "אדם עם מוגבלות", כפי שמצווג בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, "אדם עם לקות פיסית, נפשית, או שכליות לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשרה בשללה מוגבל תפקודו באופן מוחשי בתחום אחד או יותר מתחום החיים העיקריים העיקריים", נבקש לעדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בטופס זה.

7. בעת מעבר מפוליסת ביטוח קבועתי לbijוט פרט: חשב לදעת שהキャッシング בפוליסת ביטוח קבועתי כביטוח קבועתי ובפוליסת פרט אינם זהים. אם ברצונך לקבל מידע נוסף אודות היקף הכיסויים, ניתן ליצור איתנו קשר באתר שלנו בכתובת www.harel-group.co.il או דרך סוכן הביטוח שלך.

8. גיל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח: גובה דמי הביטוח נקבע לפי גיל המבוטח במועד החטרפות לביטוח, ושתנה במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח. הגיל יקבע כאמור חילום הולדת המבוטח, ביום הראשון לחודש הולדת ולא בתאריך הרשות בתעוזת הזחות. למשל,

אם חוגגת יום הולדת 40 ביום 10.1.2019, יוחשב ה"גיל הביטוחוני" שלך כ-40 כבר בתאריך 1.1.2019.

9. שירות צבאי: יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.

| כן | לא | יש לענות על השאלות לא/כן בטור המתאים: |
|----|----|---|
| | | 1. קבלת מידע מוחთ: האם נמסר לך טרם חתימתך על טופס זה מידע מוחותי לגבי הביטוח /או הוספת הכספי/הרחבה לפוליסת הביטוח הקיימת שברשותך, לפי העניין, אשר כלל, לכל הפלחות, את תיאור עיקרי הכספי הביטוחי; פרמיית הביטוח, לרבות האם היא קבועה או משתנה; תקופת הביטוח; סכומי ביטוח עיקריים וגבולים אחרים עיקריים; הودעה על קיומן של תקופת אכשלה, תקופת המתנה, הרוגות לכיסוי הביטוחי, החרגת בדבר מצב רפואי קודם, השתתפות עצמית (אם ישנה) והאפשרות הקיימת לקבל פרטיהם מלאים עליהם? |
| | | 2. ממשק אינטרנטוני לאיור מוצר ביטוח: רשות שוק ההון הקימה אחר אינטרנט מואבטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצר הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאתה נubbyר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנubbyר את הנתונים, עלייך ליצור קשר עם חברותנו. ככל שאתה מעוניין/ת כי נubbyר את פרטי הרשות שוק ההון כאמור, באפשרות לחותם מטה על בקשה שלא להזכיר את הפרטיהם, או לפחות טופס בקשה מתאים הקיים באתר האינטרנט של החברה בכתובת זו. www.harel-group.co.il |
| | | לידעתך, אי העברת הנתונים תמנע מך לרשאות במרוכז באתר האינטרנט המואבטח את מוצר הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. באפשרות לך לשאלה בקשה להסביר את הפרטיהם. |
| | | 3. אני/א מסביר/ים את סוכן הביטוח שלו/נו בפוליסת, שפרטיו מופיעים בתחום החיתום ולהלן הctraroot פוליסת זו. כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליר החיתום ולהלן הctraroot פוליסת זו. |
| | | 4. הליר הctraroot: הרשות בדי החברת להחלת כל הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבב מ"הראל" "בשמי/נו ועבורי/נו את אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח. אם בטופס הצעה זה מתבקש צירוף לביטוח של יותר ממועמד אחד וחילק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשך תהליך בירור תנאי חיתום וקבלת לביטוח, לא תופק הctraroot עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח, ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת היליכים עבור כל המועמדים לביטוח. |
| | | □ אני מעוניין כי אם חלק מן המועמדים לביטוח ידרשו להיליכי חיתום, אשר לא יאפשרו את קבלתם המידית לביטוח, תופק פוליסת הביטוח למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקלבלם לביטוח, מבלי להמתן להשלמתם של הליליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח (נא לסקון אם הנר מעוניין). |
| | | 5. ויתור סודיות רפואי: אני/נו החותם/ים מטה רשות לקופה חולים ו/או למוסדות רפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיקאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למיל' ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח, לרבות החברת "המבחן" (להלן): כל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הctraroot, לאו לצורך הליר בחינת קבלתי לביטוח המבחן למסור ל"הראל": שחליתינו/נו בה בעבר ו/או שאנו/נו חולחים בה כתעט ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובות שמירה על סודיות רפואיים ועל סודיות זו ככלפ"י "המבחן", ולא תהינה לנו/נו אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסווג כלשהו בקשר לנ"ל. כתוב ויתור זה מחייב/נו את עזבונו/נו ובאי כוח/נו החוקים וכל מי שיבוא במקום/נו. כתוב ויתור זה יחול גם על ידיעו/נו הקטנים. |
| | | 6. תנאי קבלה מיוחדים (הרוגות ו/או תוספות): במידה והנסיבות הנרכשים מחייבים כיסויים קיימים ברשותי היום - אני מאשר/ת כי ככל שנקבעו עבורי ו/או עבור ידידי תנאי קבלה מיוחדים בכיסויים הקיימים, תנאים אלו יחולו גם על הכספיים החדשניים. |

אני מצהיר/ה בזאת כי כל התשובות שמסרת/הן נכוןות, מלאות ונitinות מזור רצוני החופשי, ומבקשת/ת לבטח אותו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.

אם הביטוח נרכש גם עבור ילדים קטנים, הסכמה זו תחול גם עליהם.

| שם המועמד לביטוח | תאריך | חתימה |
|------------------|-------|-------|
| מבוטח ראשי | | |
| בן/בת זוג | | |
| ילד מעלה גיל 18 | | |

עד לחתימה (סוכן הביטוח)

תאריך: שם: ת"ז: חתימה וחותמת: מס' רישוי:

ד. הצהרת הסוכן לעמידה בהוראות חזור המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח:

1. אני מאשר כי במסגרת הליר המכירה למוצרים המפורטים בטופס הctraroot זה, עמדתי בכל ההוראות חזור המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט בירرت את צורך המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כסוי, הרחבה או כתוב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכי/ם, ומוסרתי לו/להם את כל המידע המהותי הנדרש.

2. במקרה בו המועמד/ת לביטוח מבקש לבטל את הctraroot הקיימת ולעבור לפוליסת בהראל: להלן ההשואה שערכתי בין הctraroot הקיימת לפוליסת המוצעת (יש להתייחס לכל אחד מהנושאים המפורטים):

| | |
|--|------------------------------------|
| נמכה יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט: | פרמייה בctraroot המוצעת |
| רחב יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט: | היקף / תנאי הכספי בctraroot המוצעת |
| גובהים יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט: | סכום הביטוח/תקנות בctraroot המוצעת |
| טובה יותר / ללא הבדל מהותי / אחר, יש לפרט: | רמת השירות בחברה החדשה |
| | פרוטו נסוך |

לאחר בחינת הctraroot הקיימת מול הctraroot המוצעת, המלצתי למועמד/ים לביטוח לעבור לפוליסת בהראל

תאריך: שם הסוכן : חתימת הסוכן:

פרטיות: הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה ומגדל בע"מ [הראל"] אוספו מידע לצורך צירוף למוציארים, מtan שירותים, תעסוקה וניהול Chi מוציארים, טיפול בתביעות, תשומות והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיומ הוראות הדין, להתאים ולהציג מוצאים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא יוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסטן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשתו ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצאים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.

2. פירוט נוסף זמין במידיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרת מדויוקו ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

א. תשלום בהוראת קבע לבנק

לכבוד, בנק: סניף: כתובות הסנייף:

שם/שם פרטי/שם משפחה/שם נספח **מספר חשבון בנק** **סוג חשבון** **קוד מסלקה** **המודס** **קוד**

- הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. או -
 הרשאה הכוולת לפחות אחת מההגבלות הבאות:
 תקורת סכום החיוב: נ. /

מועד פקיעת תוקף הרשאה - ביום נ. /

מועד גבייה: 20-25 / 10-15 / 1-5 /

אם ישלו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבעו הנקודות, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעותיות הכרוכות בכך.

..... אני/ה הח"מ: ..
..... מכתבות: ..
שם בעלי החשבון כמפורט בספר הבנק ..
מס' ת. זהות / ח.פ. ..
..... סכום ..
..... מחרוזת ..

אבקשיסים בזה להקים בחשבונו הנ"ל (החשבון) הרשאה לחיבור חשבוןנו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למוגבלות שוטמנו לעיל (כל שוטמוני).

א. עליינו לקבל מהמטוב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת הרשאה לחיזב החשבון.
ב. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:

ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הוצאה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הרוחת כל דין.

ג. נהיה רשאים לבקש חיבור מוסרים, ובלבב שההזהועה על קר תיימר ליזנו בכתב לבנק, נא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיבור. ככל שההזהועה הביטול ניתנה לאחר מועד החיבור, היזיכוי יעשה בערך ים מתן הודעת הביטול.

ד. נהיה רשאים לדרש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיבור, אם החיבור אינו תואם את מועד פקיעת התקופ שנקבע בהרשותה, או את הסכומים שנקבעו בהרשותה, אם נקבעו.

ה. הבנק אינו אחראי בכלל הנוגע לעסקה שבנוינו לבין המוטב.
ו. הרשאה של יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיבור האחרון, בטלה.

ח. הבנק רשיין להוציא לנו מן ההסדר המפורט בהרשותה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, יודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון

3. אנו מוכנים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב. הסיבה.

לפחות אחד מ-3: סכום החיוב ומועד יקבעו מעט לעת על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ, על-פי סכום דמי הביטוח, ההצמדה והריבית /או על-פי יתרות למועד סיום הסיכון. במקרה שבו יקבעו מועד יקבוע מוקדם ממועד סיום הסיכון, הראל חברה לביטוח בע"מ תשלם דמי הביטוח בהתאם למועד יקבוע.

תאריך:, חתימת בעל החשבון:

ב. תשלום בהוראת בעל כרטיס האשראי

תוקף הרכטים מס' הרכטים

לידיעתך, אמצעי התשלומים יושם לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסת/ות.

2. סכומי הביטוח ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלומים של פוליסיה/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת.

³ כל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, ההחזר יבוצע לאכטאי תשלום זה, אלא אם החולט על ידי החבר בצע את החזר לאמצעי תשלום אחר.



^d†2E11

1. לתשלום הפרימה **באמצעי תשלום חדש** עבור כל המבוטחים בפוליסה (לרבות אלו שמצורים בהצעה זו) יש למלא את פרטי אמצעי התשלום החדש (בהוראת קבוע או בכרטיס אשראי).
2. **لتשלום הפרימה באמצעות אמצעי התשלום הקיימים בפוליסה יש לחתום מטה:**
חשוב לדעת, בקשה זו דורשת את חתימת המשלם בפוליסה.

אבקש לשלם את הפרימה בגין צירוף המבוטחים הנוספים על פי הצעה זו באותו אמצעי תשלום בו משולמת הפוליסה היום.

| שם המשלם | חתימת המשלם | תאריך | מספר זהות המשלם | חו"ל |
|----------|-------------|-------|-----------------|------|
| | | | | |

ד. הצהרת משלם שאינו המבוטח הראשי

| שם המשלם שאינו המבוטח | טלפון נייד | רחוב | מספר | יישוב |
|-----------------------|------------|------|------|-------|
| | | | | |

מה מהות הקשר בין המשלם לבין המבוטח הראשי? הורה ליד אחר

ידוע לי כי תשלום דמי הביטוח יבוצע בעבור המבוטחים בפוליסה וכי כל החזר של דמי הביטוח, יבוצע באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יוחלט כי דמי הביטוח יוחזרו למבוטח הראשי.

נדגש, כי כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה יבוצע לפקודת המבוטח בלבד בכספי להוראות הדין.

לראיה באתי על החתום:

| שם המשלם | חתימת המשלם | תאריך | מספר זהות המשלם | חו"ל |
|----------|-------------|-------|-----------------|------|
| | | | | |



dt2550

סוג מסמך: 2550