

ביטוח נסיעות לחו"ל | בקשה להארכת פוליסת ביטוח

אני הח"מ מבקש בזאת להאריך את פוליסת הביטוח כמפורט:

פרטי המבקש			
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	קרבה למבוטח
פרטי פוליסה מקורית			
מס' פוליסה	שם המבוטח	תאריך סיום הביטוח	
תקופת ביטוח מבוקשת			
מ	עד	<input type="radio"/> הארכה ברצף - (טרם תמה תקופת הביטוח) <input type="radio"/> הארכה בנתק - (תמה תקופת הביטוח) הבקשה תמולא על ידי המבוטח בלבד	

חלק א - הצהרת המבוטח		
<p>הנני מצהיר בזאת כי:</p> <ol style="list-style-type: none"> אני בריא לחלוטין ולא חל כל שינוי במצב בריאותי מיום יציאתי את ישראל. אינני מועמד לקבלת טיפול רפואי כלשהו ולא ידוע לי על צורך בקבלת טיפול רפואי. אין לי כל תביעה מכל מין וסוג כלפי המבטח. ידוע לי כי אם בעת עריכת הפוליסה החדשה ו/או במועד הבקשה לא הייתי יכול/ה לחתום על הצהרה זו שכן הייתי חולה ו/או במצב בריאות לקוי ו/או בטיפול רפואי, תבטל הפוליסה מתחילתה והמבטח לא יהיה חייב ולא יהיה אחראי לכל מק או הוצאה. ידוע לי כי בכל מקרה המבטח לא יהיה אחראי לכל אירוע תוצאות והשלכות שארע לאחר תום תקופת הביטוח המקורית ולפני תחילת או תקופת הביטוח החדשה. ידוע לי כי תקופת הביטוח החדשה ו/או הפוליסה החדשה תיכנס לתוקפה לאחר מועד קבלת הבקשה ואישורה על ידי המבטח ודמי הבטוח שולמו במלואם. ידוע לי כי במקרה של נתק בתקופת הבטוח, תחול, בפוליסה החדשה, תקופת אכשרה בת 4 ימים. הכיסוי למטען, בפוליסה החדשה, יבוטל. בכל מקרה הארכה זו כפופה לאישור מפורש ובכתב של המבטח. 		
תאריך	שם המבוטח	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת המבוטח

חלק ב - הצהרת הורי/חבר המבוטח (במקרה של הארכה ברצף בלבד)				
<p>אני הח"מ מצהיר בזאת כי:</p> <ol style="list-style-type: none"> שוחחתי עם המבוטח/ת במהלך היממה החולפת והתבקשתי על ידו/ה להאריך את פוליסת הביטוח לתקופה נוספת. המבוטח אישר בפניי שהוא בריא לחלוטין ואין לו כל תביעה כלפי המבטח. בנוסף הבאתי לידיעתו את כל האמור בחלק א בטופס זה וידוע לו כי אחריות המבטח מותנית בכך שיכול היה המבוטח לחתום על ההצהרה המפורטת בחלק א. 				
תאריך	שם המבקש	קרבה למבוטח	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת המבקש	<input checked="" type="checkbox"/> חתימת המבוטח

כתובת למשלוח פוליסה	מס' טלפון להתקשרות	כתובת דואר אלקטרוני
---------------------	--------------------	---------------------

הרשאה לחיוב דמי ביטוח		
אני מאשר כי בכפוף לאישורכם להארכת תקף הפוליסה, תחייבו בדמי הביטוח המדרשים את הכרטיס האשראי של _____ כפי שנמסר לכם טלפונית בעת עריכת הפוליסה המקורית.		
תאריך	שם	<input checked="" type="checkbox"/> חתימה