



שם סוכן:

מספר סוכן:

בקשה לשינויים כלליים בפוליסות פרט, מנהלים ועצמאים

01/2016-2021

החל מיום ____ / ____ / 1

שם בעל הפוליסה: _____

מבוטח ראשי:

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות
מספר טלפון	דואר אלקטרוני	

1. נא לערוך את השינויים הבאים באופן זה בכל הפוליסות שעל שמי:

נא לבצע השינויים הבאים על פי הפירוט בגוף הטופס (סמן ב-X):

<input type="checkbox"/> שם משפחה	<input type="checkbox"/> מספר זהות
<input type="checkbox"/> שם פרטי	<input type="checkbox"/> כתובת
<input type="checkbox"/> תאריך לידה	<input type="checkbox"/> שינוי מקצוע/עיסוק/תחביב

א. שינוי פרטי מבוטח*:

הקרבה	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מס' טלפון	כתובת Email
מבוטח ראשי						
מבוטח שני						
ילד ראשון						
ילד שני						
ילד שלישי						
ילד רביעי						

* יש לצרף צילום ת.ז.

ב. שינוי כתובת המבוטח הראשי*:

רחוב	מס' הבית	ישוב	מיקוד
------	----------	------	-------

* יש לצרף צילום ת.ז.

ג. שינוי מקצוע/עיסוק/תחביב:

מקצוע	עיסוק	תחביב
-------	-------	-------

ידוע לי כי בעקבות הודעתי על שינוי במקצוע/עיסוק/תחביב, עלולים לחול שינויים בתנאי החיתום אשר כתוצאה מהם אדרש לשלם פרמיה נוספת בכדי לשמור על גובה סכום הביטוח. כמו כן, ידוע לי כי בעקבות הודעתי על שינוי במקצוע/עיסוק/תחביב רשאית חברת הביטוח לדרוש הצהרה מלאה על מצב בריאותי.

2. **נא לבצע את השינויים הבאים בפוליסה/ות המפורטות מטה:**

א. מינוי מוטבים למקרה פטירת המבוטח בפוליסה/ות מספר: _____

שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	כתובת מלאה	קרבה	מין	אחוז חלוקה
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	

מבוטח ראשי

100%

שם מלא	ת.ז./דרכון	תאריך לידה	כתובת מלאה	קרבה	מין	אחוז חלוקה
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	

מבוטח שני

100%

ב. שינוי תדירות תשלום* בפוליסה/ות מספר: _____

סמן את בחירתך: חודשית חצי שנתית רבע שנתית שנתית

* השינוי אינו רלוונטי בפוליסות מסוג עדיף/מרב/סטטוס ובכל פוליסות המנהלים לסוגיהן.

ג. שינוי אמצעי גבייה בפוליסה/ות מספר: _____

הוראת קבע בבנק (מצ"ב ה. קבע חדשה)
 יהב (מצ"ב ה.קבע חדשה ותלוש שכר)
 הודעות תשלום (אפשרי בפוליסות מנהלים בלבד)
 נא לגבות את הפוליסות הנקובות לעיל מאמצעי הגבייה הקיים בפוליסה מס' _____
 כרטיס אשראי (מצ"ב הרשאה לחיוב חשבון באמצעות כ. אשראי)

סוג הכרטיס	מספר כרטיס האשראי	בתוקף עד
<input type="checkbox"/> כאל <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> ישראל כרט <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינרס		
שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות	
רחוב	מספר בית	יישוב
		מיקוד

שובר זה נתחם על-ידי בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על-ידי הרשאה למנורה מבטחים ביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים **מענת לעת כפי שתפרטו למנפיקה.** הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס אשראי שמספרו נקוב בשובר זה.

תאריך _____ חתימת בעל כרטיס האשראי X _____

חתימת המבוטחים:

תאריך _____ שם מבוטח ראשי _____ ת.ז. _____ חתימת מבוטח ראשי _____

תאריך _____ שם מבוטח שני _____ ת.ז. _____ חתימת מבוטח שני _____

במידה ובעל הפוליסה שונה מהמבוטח הראשי יש להחתים גם את בעל הפוליסה:

שם בעל הפוליסה _____ ת.ז. _____ חתימת בעל הפוליסה _____

חתימת הסוכן:

הנני מאשר כי שאלתי את המבוטח את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידו.

תאריך _____ שם הסוכן _____ מס' סוכן _____ חתימת הסוכן _____

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ