

**ביטוח נסיעות לחו"ל - בקשה להארכת פוליסת ביטוח**

המבוטח שפרטיו מופיעים מטה מבקש זאת באמצעות נציג מטעם המבטח בשיחה מוקלטת.  
**אני מבקש בזאת להאריך את פוליסת הביטוח כמפורט:**

**פרטי המבקש**

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	קירבה למבוטח
---------	----------	------	--------------

**פרטי פוליסה מקורית**

מס' פוליסה	שם המבוטח	תאריך סיום הביטוח
------------	-----------	-------------------

**תקופת ביטוח מבוקשת להארכה**

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**
**הנני מצהיר בזאת כי:**

- כי לא חל כל שינוי במצב בריאותי מיום יציאתי מישראל.
- אינני מועמד לקבלת טיפול רפואי כלשהו ולא ידוע לי על צורך בקבלת טיפול רפואי.
- אין לי כל תביעה מכל מין וסוג כלפי המבטח, ביחס לתקופת הביטוח שהסתיימה/ תסתיים.
- 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 נזק 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 ו/או הפוליסה החדשה מותנית באישור המבטח ומסירת אמצעי תשלום תקף לגביית דמי הביטוח.
- ידוע לי כי במקרה של נתק בתקופת הבטוח, תחול, בפוליסה החדשה, תקופת אכשרה בת 4 ימים. וכן הכיסוי למטען, בפוליסה החדשה, יבוטל. בכל מקרה הארכה זו כפופה לאישור מפורש ובכתב של המבטח.

תאריך	שם המבוטח	חתימת הנציג
		X

**חלק ב' - הצהרת נציג מטעם המבוטח (במקרה של הארכה ברצף בלבד)**
**אני הח"מ מצהיר בזאת כי:**

- שוחחתי עם המבוטח/ת במהלך היממה החולפת והתבקשתי על ידי/ה להאריך את פוליסת הביטוח לתקופה נוספת.
- המבוטח אישר בפניי שהוא כי לא השתנה מצבו הרפואי מאז צאתו מישראל במסגרת פוליסה זו ואין לו כל תביעה כלפי המבטח, מכוח הביטוח עד כה.
- בנוסף הבאתי לידיעתו את כל האמור בחלק א' בטופס זה וידוע לו כי אחריות המבטח מותנית בכך שיכול היה המבוטח לאשר את ההצהרה המפורטת בחלק א'.

תאריך	נציג המבקש	קירבה למבוטח	חתימת הנציג לאישור
			X

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

**הרשאה לחיוב דמי ביטוח**

אני מאשר כי בכפוף לאישורכם להארכת תוקפת הפוליסה, תחייבו בדמי הביטוח הנדרשים את הכרטיס האשראי שמספרו \_\_\_\_\_, תוקף \_\_\_\_\_, כפי שנמסר לכם טלפוני בעת עריכת הפוליסה המקורית.

תאריך	שם	קירבה למבוטח	חתימת
			X