



מקבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיקוחים

תא סוכן 6028

נסיעות לחו"ל

\$ דולר פרמיה ברוטו 1,500	למבוטח 63 <small>עותק</small>	נסיעות לחו"ל <small>ענף ביטוח</small>	רגיל 400 <small>גביה</small>	7-25122203-00 <small>סיף</small>	מס' פוליסה
	30/04/2008 <small>עד יום</small>	01/05/2007 <small>תקופת ביטוח מיום</small>	8580195790 <small>מס' ליקוח</small>	ארגון סגל המחקר במערכת הביטוח <small>שם המבוטח</small>	
סה"כ במזומן 1,500  דמי אשראי 0  סה"כ בשיעורים 1,500	84190 <small>מיקוד</small>	באר שבע <small>עיר</small>	9001 <small>מספר</small>	ת.ד. רחוב <small>רחוב</small>	
	08-6654605 <small>טלפון נייד</small>	08-6278241 <small>פקס</small>	אורן נמרוד <small>טלפון</small>		סוכנות
	84221 <small>מיקוד</small>	באר שבע <small>עיר</small>	43 <small>מס'</small>	יאיר <small>רחוב</small>	81331 <small>מספר סוכן</small>

סוכן : להבים-אורן נמרוד

טופס הצעה מצורף

פרמיה Premium	מיון ב - % Rate in %	סכום ביטוח Sum insured	הכיסוי Cover
------------------	-------------------------	---------------------------	-----------------

ביטוח נסיעות לחו"ל מסוג "כלל עולמי פלוס"

פוליסה קבוצתית

תאריך יציאה 01/05/2007 תאריך חזרה 30/04/2008

מספר ימים 366

מספר נוסעים

עבור חודש

מוצהר ומוסכם בזה כי :

הפוליסה הינה בכפוף לכתב הכיסוי הרצ"ב.

לפוליסה יווספו המילים "ובכל מקרה של סתירה

ו/או צימצום כתב הכיסוי גובר על הפוליסה".

\*\*\*\*\*

חיוב בגין 1,000 ימי נסיעה לפי \$1.50 ליום - \$1,500.

א. ידוע לי ו/או לנילוויים אלי המבוטחים בפולי

כי הקף הכיסוי הביטוח בה מוגבל בהשוואה לפוליסות

האחרות המוצאות על ידי החברה, לרבות "כלל עולמי

אקסטרא שור פלוס" הכוללת הרחבה למחלות קיימות

והריון וכי פוליסה זו הוצאה לבקשתי המפורשת.

ב. לא ידועה לי כל סיבה וצורך באשפוז, בדיקה רפואית

או טיפול שלי ושל הנלוויים אלי בעת שהותנו בחו"ל.

ג. אין אני או אחד מהנלוויים אלי נוסע בניגוד ליעוץ

רפואי או לשם קבלת טיפול רפואי.

ד. ידוע לי כי אם מלאו לי 60 שנה יחולו עלי הגבלות

בתקופת הנסיעה ותשלום פרמיה נוספת.

ה. הפרטים שבהצהרתי זו הינם אמת וכן ידוע לי שהצעתי/

הצהרתי מהווה בסיס להוצאת הפוליסה.

ו. אני החתום מטה, משחרר בזה כל רופא וכל מוסד רפואי

ועובדיו מחובת הסודיות הרפואית, ומבקש בזה למסור

לכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ ולבא כוחה כל מסמך

אשר ידרש על-ידם אודות מחלתי, מצבי הרפואי,

הטיפול שניתן לי, תוצאותיו ו/או כל מידע אחר

מס' פוליסה	מבוטח	אורן נמרוד	למבוטח
7-25122203-00	מבוטח	סוכן	עו"ת
הכיסוי Cover	סכום ביטוח Sum insured	מיון ב - % Rate in %	פרמיה Premium

הנוגע למצבי הרפואי.  
 ז. גבולות האחריות יהיו כפופים לפוליסה אשר נרכשה על-ידי ואשר בגינה שולמה הפרמיה.  
 ח. ידוע לי כי אקבל כיסוי בהתאם לתנאי הפוליסה שרכשתי, כאשר פרקים מסויימים אינם תקפים לגבי ופרקים אחרים תגמולי הביטוח או הקף הכיסוי הוקטנו, הורחבו או הוגבלו.  
 ט. ידוע לי שהקף הכיסוי יחושב לפי סכום הפרמיה שנגבתה ממני לפי תעריף החברה הקיים והתקף ליום הוצאת הפוליסה.

SIGNATURE INSURED'S \_\_\_\_\_ חתימת הראשון ברשימת המבוטחים

**פרמיה שנתית - 1,500**  
**לתקופה (יום 366) 1,500**

**הביטוח כוללים דמי אשראי מהפרמיה עבור תשלום בשיעורים והמבוטח ישלם את כל הסכום הנקוב בפוליסה תוך 28 יום מיום תחילת הביטוח מהתשלום הנ"ל דמי אשראי**