

מספר פוליסה

שם סוכן

מספר סוכן

3270

חומת תאריך קבלה בחברה



020102701

פנסיה PERFECT
ביטוח משלים לפנסיה



יש לענות על כל השאלות באופן ברור ומלא. אין להשתמש בקווים או בסימנים במקום מילים. הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד.

שם בעל הפוליסה

מספר זהות/דרכון

תאריך לידה

מספר טלפון

טלפון נייד

E-mail

המסן

פקס

מיקוד

א. פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה

ג. מינוי מוטבים למקרה מוות

שם מלא

מספר זהות/דרכון

יחס קרבה

תאריך לידה

מין

חלקים

מבוטח ראשי

ד. תאריך תחילת הביטוח

0120

ה. פרטי התשלום

אופן התשלום

☐ הוראת קבע (יש למלא הוראת קבע)

☐ באמצעות הוראת קבע הקיימת

בפוליסה מס' _____

☐ באמצעות "יהב" (יש למלא טופס "יהב")

☐ באמצעות כרטיס אשראי (מלא פרטי כרטיס האשראי)

תדירות התשלום

☐ חודשית ☐ רבע שנתית ☐ חצי שנתית ☐ שנתית

ב. פרטי המועמדים לביטוח

שם משפחה

שם פרטי

מס' זהות/דרכון

תאריך לידה

מין

מצב משפחתי

נ

ז

נ

ג

א

ילדים

כתובת:

רח' _____

מס' בית _____

מיקוד _____

טלפון _____

מקצוע _____

עיסוק בפועל _____

* האם אתה מבוטח בביטוח חיים בחברה אחרת או במגוון מבטחים ביטוח בע"מ?

☐ לא ☐ כן, בחברה _____

חתימת מבוטח:

_____ X

* החל מ-1.04 יש לצרף שאלון החלפה/שינוי פוליסה לפי דרישות הפיקוח על הביטוח.

ז. ביטוח אובדן כושר עבודה לבחירה

פוליסת שווה לעתיד*

הגדרת העיסוק לאובדן כושר עבודה של הביטוח תקבע לפי העיסוק עליו הצהיר המבוטח.

פרמיה

פרימיה משתנה ☒

תקופת המתנה

3 חוד' ☒

מורחב ☒

ביטוח קיוון ביטוח לאומי

כן ☒

סכום הפיצוי מבוטח ראשי

לגיל 67**

י. תוכנית ביטוח PERFECT

ריסק למקרה מוות	נכות מתאונה	אובדן כושר עבודה
150,000 ☐	150,000 ☐	1,000 ☐
200,000 ☐	200,000 ☐	1,500 ☐
250,000 ☐	250,000 ☐	2,500 ☐
300,000 ☐	300,000 ☐	3,500 ☐
350,000 ☐	350,000 ☐	4,500 ☐
400,000 ☐	400,000 ☐	5,000 ☐
450,000 ☐	450,000 ☐	

*גיל תום 67 לגברים, 64 לנשים. **לא ניתן לרכוש יותר מ-100% מהשכר.

ה. פרטי מבוטח ראשי

גובה

משקל

מעשן

כן ☐ לא ☐

לא עישנתי מעולם ☐ עישנתי עד שנת _____ כמה ביום _____

קופת חולים

סניף

ט. שאלות על מצב בריאות

מחלות / בעיות

האם את/ה סובלת/מאחת או יותר מהמחלות הבאות:

1. מחלות לב וכלי דם

2. מחלות ממאירות, מחלות דם

3. מחלות בדרכי עיכול, סוכרת

4. מחלות בדרכי נשימה

5. מחלות בכליות ודרכי השתן

6. מחלות במערכת העצבים, הפרעות נפשיות, שיתוקים, שבץ מוחי

7. מחלות פרקים, מחלות ניווניות

8. מחלות ובעיות גב

9. מחלות איידס, היפסטיס

10. מחלה או הפרעה כרונית אחרת

11. מחלות ו/או הפרעות בערמונית

12. מחלות ו/או הפרעות במערכת הגניקולוגית

13. מחלות ו/או הפרעות באוזניים ובעיניים

14. מחלות ו/או הפרעות הקשורות לעור

2. האם בוצע או הומלץ לבצע בדיקה כלשהי לגילוי מחלה ממאירה, סיפוי לב, צינתור, MRI, ביופסיה?

3. האם את/ה בעלת/נכות כלשהי או נמצאת/בתהליך לקביעת אחוזי נכות?

4. האם עברת ניתוח כלשהו? פרטי/סוג הניתוח ומתי בוצע?

5. האם את/ה נוטלת תרופות?

6. האם יש לך תחביבים מבין המפורטים להלן: טיס, רכיפת מצנחים, ספורט מוטורי, שיט, טיפוס לגובה?

?

10/12