

מס' פוליסה : _____

בקשה להרחבת תוכנית שר"פ פריפרד פלטינום לשר"פ פריפרד פרימיום / אפגרייד
פלטינום לשר"פ אפגרייד פרימיום / שר"פ בייסיק פלטינום
לשר"פ בייסיק פרימיום והרחבת כיסוי בריאים ומרוויחים פלטינום
לבריאים ומרוויחים פרימיום

תוקף הטופס עד 08/2011

1. אבקש להמיר את התוכנית שברשותי/נו לתוכנית:
 שר"פ פריפרד פרימיום
 שר"פ אפגרייד פרמיום
 שר"פ בייסיק פרמיום
 בריאים ומרוויחים- הרחבה לפרימיום

2. אני/ו מאשר/ים בזאת כי באם קיימת תוספת לפרמיה / החרגות בגין חיתום רפואי, במסגרת פוליסת הבריאות בה אני/ו וילדי/נו מבוטחים בהראל, החרגות ו/או תוספות אלו יחולו גם עבור הכיסויים החדשים המבוקשים במסגרת בקשה זו.

**אבקש לחייב את הפוליסה הקיימת באמצעות אמצעי הגבייה הקיים.
 * במידה והמשלם אינו המבוטח יש להחתים גם את המשלם החריג בפוליסה.**

שם מבוטח ראשי	מספר הזהות	חתימה	תאריך
שם בן/בת זוג	מספר הזהות	חתימה	תאריך
שם הילד מעל גיל 18	מספר הזהות	חתימה	תאריך
שם הילד מעל גיל 18	מספר הזהות	חתימה	תאריך
* שם המשלם חריג	מספר הזהות	חתימה	תאריך