

שם הסוכן	
מספר סוכן	
מספר פוליסה/הצעה	



בקשות לשינוי עם הצהרת בריאות מקוצרת

נבקש להעביר אלינו טופס זה באמצעות סוכן הביטוח שלך או ישירות לחברתנו לכתובת:
הרצל חברה לביטוח, האגף לביטוח חיים, בית הרצל - ת.ד. 1951, רמת גן 52118

הנני מצהיר בזאת כי מיום חתימתי על טופס ההצהרה להוצאת פוליסה לביטוח חיים/בריאות על שמי מספר פוליסה
לא חלו כל שינויים לרעה במצב בריאותי, לא עברו עלי כל מחלות קשות,

לא נמצאתי ואיני נמצא תחת פיקוחו של רופא או בית חולים או מוסד רפואי אחר.

אני בכושר מלא לעבודה ולא הייתי בלתי כשיר לעבודה יותר מ-14 ימים רצופים במשך תקופת הפיגור בתשלום.
אני נמצא עתה בטיפול רפואי מכל סוג שהוא, איני זקוק לניתוח ולא הייתי מאושפז בבית חולים במשך תקופת
הפיגור בתשלום. אין לי כל תביעות כלפי הרצל חברה לביטוח (להלן: המבטח).

* בפוליסת ניתוחית / ניתוחית פלוס / מתנת חיים / מתנת חיים מקיף, הצהרת בעל הפוליסה הנה גם בשם כל
בני המשפחה המבוטחים בפוליסה הנ"ל.

כן אני מצהיר ששום הצעה לביטוח חיים/בריאות הרצל חברה לביטוח או כל חברה לביטוח אחרת לא
הושתתה, נדחתה או נתקבלה בתנאים מיוחדים או נשארה תלויה לרגל העדר פרטים רפואיים או אחרים.

הצהרה זו ניתנה בקשר לבקשתי ל:

☐ כניסה לתוקף של הפוליסה הנ"ל.

☐ חידוש תוקף הפוליסה הנ"ל אחרי פיגור בתשלום פרמיות.

☐ צירוף ביטוח נוסף לפוליסה הנ"ל.

	☐
	☐

אני מסכים בזה, כי במקרה שחברתכם תפעל בהתאם לבקשתי זו, תהיה כל פעולה כזאת מותנית באימון מלא
באמיתות הצהרתי הנ"ל, אשר חתומה במו ידי ושאיני אחראי לה אחריות מלאה. ידוע לי כי מלוי נכון ומלא של
הצהרה זו הינו תנאי מוקדם לחידוש הפוליסה על ידכם ו/או לביצוע כל שינוי אחר המבוקש לעיל.

שם העד	מספר זהות (9 ספרות)	חתימת העד
שם המבוטח	מספר זהות (9 ספרות)	חתימת המבוטח

שם וכתובת הרופא המטפל :

ובמקרה של חברות בקופ"ח, שם הקופה :

סניף :

כתובת הסניף :

מספר כרטיס חבר :

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, נותן בזה רשות למשרד הביטחון, למוסד לביטוח לאומי, לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים
ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים למסור
הרצל חברה לביטוח ו/או למי מטעמה ו/או בא כוחה להלן: "המבקש", את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל
ובצורה שתידרש ע"י "המבקש", על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת

ו/או שאחלה בעתיד, הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם, ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא בקשר לנ"ל.

שם משפחה: _____ תאריך: _____
חתימה _____

