

נא להחזיר את השאלון מלא

לפקס: 077-6383428 או לכתובת מייל: faxnesleoomit@clal-ins.co.il

טלפון לבירורים: 03-9420425

לכבוד  
כלל חברה לביטוח בע"מ

**הנדון: בקשה לעריכת ביטוח מסוג לאומית דרכונית  
במסגרת חצי שנה מהחיתום האחרון**

מס' ת.זיהוי	ת.לידה	שם המבוטח
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	טלפון	כתובת
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
יעד נסיעה:	סיום הביטוח:	תחילת הביטוח:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

הצהרת המבוטח

הריני מצהיר בזאת כי לא חל שינוי במצבי הבריאותי מאז נסיעתי האחרונה לחו"ל בתאריך \_\_\_\_\_ ועד היום.  
ידוע לי כי הצהרה זו מהותית, וכי קבלתי לביטוח ללא ביצוע הליך של חיתום רפואי מתבססת על החיתום הרפואי שנערך לי בגין נסיעתי האחרונה לחו"ל בתוספת הצהרתי זו.

תאריך חתימה

חתימת המבוטח