



טלפון מוקד גימליאדה: 076-8867941
 פקס גימליאדה: 076-8869323
 מייל גימליאדה: gimliada2018@migdal.co.il

לכבוד
 מגדל חברה לביטוח
 מוקד ביטוחי גימליאדה 2019
 סוכן: אלי ארליך

אין להתקשר בנושא גימליאדה לסוכנות אלי ארליך, אלא למוקד הגימליאדה הנ"ל בלבד!

הנדון: טופס הרשמה לביטוח גימליאדה 2019

שייט בריין / טיולי בולגריה – 8 ימים (7 לילות)

כולל הרחבה למצב בריאות קיים לכל הנוסעים (כפוף לסעיפים 8+1 בעמוד 1)

מחזור נסיעה: _____ תאריך יציאה: _____ תאריך חזרה: _____

פרטי המבוטחים

מבוטח ראשי (זכר/נקבה)

בן / בת זוג (זכר/נקבה)

שם פרטי	שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי
תעודת זהות	תאריך לידה	תעודת זהות	שם משפחה
כתובת/מיקוד		כתובת זהות	
כתובת מייל:		תאריך לידה	

טלפון בית: _____ סלולרי: _____

(חובה למלא כתובת מייל ומס' נייד לצורך יצירת קשר!)

הצהרת בריאות:

מועמד ראשי	מועמד שני	
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	1. האם במהלך 3 חודשים אחרונים היית מאושפז, במיון, ו/או עברת ניתוח ו/או חל שינוי אצלך לרעה במחלה קיימת?
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	2. האם הינך סובל ממחלה כרונית, מחלת לב, סרטן, טרשת נפוצה, C.F, איידס, פרקינסון, אלצהיימר, ניוון שרירים?
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	3. האם הנך נוטל/ת תרופות כלשהן באופן קבוע (מעבר לתרופות הרשומות להלן: סכרת, דילול דם, צרבת, יתר פעילות בלוטת התריס)
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	4. האם הומלץ לך על צורך בניתוח או טיפול רפואי בעתיד, או הומלץ לך ע"י רופא שלא לנסוע לחו"ל?

כל מי שעונה "כן" לאחת השאלות או גילו מעל 85 חייב לצרף מסמכים רפואיים המתייחסים לארוע הבריאותי שסומן. אני מבקש לבטח טלפון סלולרי:

מבוטח ראשון דגם: _____ מבוטח שני: דגם: _____

אני מבקש לבטח מחשב נייד/לפטופ:

מבוטח ראשון דגם: _____ מבוטח שני: דגם: _____

תשלום בכרטיס אשראי בלבד! גבייה מתבצעת במועד החיוב הקרוב בכרטיס!

שם בעל הכרטיס _____ ת.ז: _____

מס' כרטיס אשראי:

סוג כרטיס אשראי:

שנה חודש

תוקף כרטיס: _____

אנו מצהירים שקראנו את ההסברים ואנו מאשרים בחתימתנו הן את הצהרת הבריאות והן את גביית כרטיס האשראי

תאריך _____ חתימת מבוטח ראשי _____ חתימת בן/בת זוג _____