

בקשה לביטול פוליסת בריאות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

למשלוח הטופס לאגף הבריאות - בדוא"ל: polisotbs@harel-ins.co.il או בפקס: 03-7348178.
*מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים: 1-700-702-870, השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת הטופס. עדכון לאחר שעה 15:00 יתבצע למחרת.

- לידיעתך, בקשה לביטול הפוליסה כולה תביא לביטול כל הכיסויים הביטוחיים הקיימים עבורך בפוליסה אותה הנך מבקש לבטל.
- בכיסוי שבוטל לא יכוסה מקרה ביטוח שאירע לאחר ביטול הכיסוי ולא תהיה זכאי לקבלת שיפוי או פיצוי כלשהו מכוח אותו כיסוי. כמו כן, ככל שבעתיד תבקש להצטרף מחדש לביטוח, הדבר עשוי להיות כרוך בתהליך מחדש של חיתום רפואי או אחר, בהסכמתה המחודשת של חברת הביטוח לקבלתך לביטוח ובתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים בחברה ביום בקשתך.
- כמו כן, ככל שתאושר בקשתך להצטרף מחדש לביטוח, הפוליסה שתופק לך תהיה פוליסה חדשה לכל דבר ועניין לרבות לעניין מניין תקופת האכשרה וצבירתם של ערכי סילוק או ערכי פדיון ככל שיש כאלו בפוליסה.

א אני מבקש לבטל את פוליסות הביטוח הבאות

תאריך כניסת הביטוח לתוקף	פרטי הפוליסה לביטול

ב אני מבקש לבטל את הנספחים הבאים*

תאריך כניסת הביטוח לתוקף	פרטי הנספחים לביטול	פרטי הפוליסה

*יש למלא רק אם המבוטח מבקש לבטל נספחים מסוימים שבפוליסה ולא את הפוליסה במלואה.

ג פרטי המבוטח

חתימת המבוטח***	תאריך	שם פרטי**	שם משפחה**	מספר זהות** ס"ב	מבוטח ראשי
					מבוטח ראשי
					בן/בת זוג
					ילדים
					1
					2
					3
					4

**חובה למלא (ככל שבקשת הביטול דגן הינה מטעם שני מבוטחים, הפרטים המצויינים לעיל ישמשו לעדכון שני המבוטחים בעניין בקשת ביטול זו).
***בקשת הביטול צריכה להיות חתומה על-ידי כל אחד מהמבוטחים הבגורים.