

בקשה לביטול פוליסת עו"ז

למשלוח הטופס לאגף בריאות פרט חו"ל - בדוא"ל: fax7930@harel-ins.co.il או בפקס: 03-7348083.
 *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.

א. פרטי בעל הפוליסה/המעסיק/המבוטח

שם המעסיק	שם פרטי	שם משפחה		ס"ב מספר זהות/דרכון/ח.פ.					
מספר טלפון נייד (חובה למלא)	מספר טלפון	יישוב	מספר בית	רחוב					כתובת מגורים של המבוטח הראשי
E-mail								כתובת דואר אלקטרוני	כתובת דוא"ל של המבוטח הראשי
@									

ב. אני מבקש לבטל את פוליסות הביטוח הבאות

תאריך כניסת הביטול לתוקף	פרטי המבוטח			פרטי הפוליסה לביטול
	שם פרטי	שם משפחה	מספר דרכון	

ג.

חתימה	מספר זהות/דרכון/ח.פ.	שם בעל הפוליסה/המעסיק/המבוטח	תאריך	

- 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 שהיו נהוגים בחברה ביום בקשתך.
- כמו כן, ככל שתאושר בקשתך להצטרף מחדש לביטוח, הפוליסה שתופק לך תהיה פוליסה חדשה לכל דבר ועניין.