

בקשה לביטול העברה לפוליסת ביטוח ניתוחים "משלים שב"

יש להעביר את הבקשה בדוא"ל: polisotbs@harel-ins.co.il

פרטי המבוטח				
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
יישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד	ת.ד.
כתובת דואר אלקטרוני				

שם המבוטח/ת	מספר זהות	חתימה	תאריך
בן/ בת זוג			
ילד			
ילד			
ילד			
ילד			

*בקשת הביטול צריכה להיות חתומה על-ידי כל אחד מהמבוטחים הבגירים.

הצהרת המבוטח/ת:

- אני החתום מטה, מבקש/ת לבטל את העברתי לפוליסת ביטוח ניתוחים "משלים שב".
- ידוע לי כי בעקבות בקשתי לא אעבור לפוליסת ביטוח ניתוחים "משלים שב" וברשותי תישאר פוליסת ביטוח ניתוחים "שקל הראשון" וכי דמי הביטוח עתידיים להשתנות.
- ידוע לי כי ככל שאבטל את העברתי לפוליסת ביטוח ניתוחים "משלים שב" יראו אותי כאילו לא הועברתי לפוליסת ביטוח ניתוחים "משלים שב" ויראו את פוליסת ביטוח ניתוחים "שקל ראשון" כאילו לא בוטלה וכאילו חודשה על ידי. כמו כן, אצטרך לשלם את ההפרש בין דמי הביטוח המגיעים לפי פוליסת ביטוח ניתוחים "שקל ראשון" לפי התעריפים שהוצעו לי במועד החידוש ובין דמי הביטוח ששילמתי לפי פוליסת ביטוח ניתוחים "משלים שב" בעד כל התקופה שממועד העברתי עד למועד שבו הודעתי כי ברצוני לבטל את ההעברה כאמור.

שם המבוטח/ת	מספר זהות	תאריך	חתימת המבוטח/ת



^dt2685