

מס' פקס בהראל ביטוח חיים: 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס 24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

א פרטי המבוטח הראשי			
שם פרטי ¹		שם משפחה ¹	
מספר תעודת זהות ¹			
רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד
המידע וההודעות בקשר עם בקשה זו יישלחו באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים אצלנו במועד המשלוח. תוכל לאמת אותם או לעדכן אותם באזור האישי שלך באתר האינטרנט של החברה.			
יחובה למלא			

ב אני מבקש לבטל את פוליסת הביטוח הבאות	
פרטי הפוליסה לביטול	תאריך כניסת הביטול לתוקף

ג אני מבקש לבטל את הנספחים הבאים ²		
פרטי הפוליסה	פרטי הנספחים לביטול	תאריך כניסת הביטול לתוקף

² יש למלא רק אם המבוטח מבקש לבטל נספחים מסויימים, ככל שתצוין פוליסה ללא פירוט הנספחים, הפוליסה תבוטל במלואה.

ד חתימות המבוטחים אשר מתבקש ביטול הפוליסה עבורם			
שם מלא	מספר תעודת זהות	תאריך	חתימה
מבוטח ראשי			
בן/בת הזוג			

לידיעתך, בקשה לביטול פוליסה 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. ככל שבעתיד תבקש להצטרף מחדש לביטוח, הדבר עשוי להיות כרוך בתהליך מחדש של חיתום רפואי או אחר, בהתאם לסוג הפוליסה או הכיסוי שבפוליסה, בהסכמתה המחודשת של חברת הביטוח לבטחך בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים בחברה ביום בקשתך. כמו כן, ככל שתאושר בקשתך להצטרף מחדש לביטוח, הפוליסה שתופק לך תהיה פוליסה חדשה לכל דבר ועניין. נוכח השלכות הביטול, אנו ממליצים כי טרם העברת בקשת ביטול, תיוועץ בסוכן הביטוח שלך לקבלת הסבר נוסף בנוגע למשמעות ביטול הפוליסה ו/או הכיסוי בפוליסה שברשותך.