

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.
- בכיסויי 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 שתאשר 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

פרטי הפוליסה לביטול	תאריך כניסת הביטוח לתוקף

ב אני מבקש לבטל את הנספחים הבאים*

פרטי הפוליסה	פרטי הנספחים לביטול	תאריך כניסת הביטוח לתוקף

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

ככל שהנך מבקש/ת לבטל אחד או יותר מהכיסויים הבאים: תרופות, השתלות או ניתוחים בחו"ל ("כיסוי הבסיס"), והללו נרכשו החל מ-10/2023 ובנוסף טרם חלפו 6 חודשים מיום רכישת כיסוי הבסיס, וכן ברשותך כיסויים נוספים מסוג ניתוחים בישראל ו/או אמבולטורי שנרכשו החל מ-10/2023 ("הכיסויים הנוספים"), לא יבטלו לך הכיסויים הנוספים, בהתקיים אחד או יותר מהתנאים הבאים:

- גם לאחר ביטול הכיסוי יש ברשותי את כל הכיסויים הבאים: תרופות, השתלות וניתוחים בחו"ל.
- היו ברשותי כיסויים נוספים מסוג ניתוחים בישראל ו/או אמבולטורי טרם אוקטובר 2023 והללו הוחלפו באותם כיסויים לאחר חודש אוקטובר 2023.
- אני בן/בת 60 ומעלה.
- כיסוי הבסיס שכעת אני מבטל/ת, נרכש מתוקף פרישה/סיום פוליסה קבוצתית.

ככל ולא מתקיים לגביך אחד מהתנאים האמורים אנא סמן כאן [] ואנו נבטל גם את הכיסויים הנוספים. ככל ולא סימנת, הינך מצהיר/ה כי מתקיימים לגביך אחד או יותר מהתנאים האמורים והכיסויים הנוספים לא יבטלו.

ג פרטי המבוטח

מספר זהות**	שם משפחה**	שם פרטי**	תאריך החתימה	חתימת המבוטח***

**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.

