

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 המבוטח					
ס"ב	מספר דרכון*	שם משפחה*	שם פרטי*	תאריך לידה	מין
					זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
					זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
					זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
					זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
					זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
					זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
רחוב		מספר	יישוב	ת.ד.	מיקוד
מספר טלפון		מספר טלפון נייד (חובה למלא)			
כתובת מגורים של המבוטח הראשי					
כתובת דוא"ל					

*חובה למלא (ככל שבקשת הביטול דגן הינה מטעם שני מבוטחים, הפרטים המצויינים לעיל ישמשו לעדכון שני המבוטחים בעניין בקשת ביטול זו)

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

ג אישור המבוטחים				
מבוטח ראשי	תאריך	שם המבוטח	מספר דרכון	חתימה***
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

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

- 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.

