

למשלווח הטופס לאגף בריאותות פרט ח'ל - בזוא"ל אוfax7930@harel-ins.co.il או בפקס: 03-7348083.
* מענה ממוחשב 24 שעות ביום מה לצורך בדיקת קבלת מסמכים: 070-870-1-700, השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת הטופס. עדכון לאחר שעה 15:00 יתבצע למחמת.

***חויה למלא** (כל שבקשת הביטול דן הינה מטעם שני מבוטחים, הפרטיהם המצוינים לעיל יושמו לעדכו שמי המבוטחים בעינוי בקשה ביטול זו)

ב	אני מבקש לבטל את פוליסות הביטוח הבאות
פרטי הפלישה לביטול	תאריך כניסה הביטול לתוקף

אישור המבוטחים										ג
חתימה***	תאריך			שם המבוטח	מספר דרכון	חתימה			חתימה***	
..... 										מבוטח ראשי
..... 										בן/בת זוג
..... 										ילד מעל גיל 18
..... 										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 הבוגרים.

- לדייעתך, בקשה לביטול החלטה תביא לביטול כל החלטות הביטוחיים הקיימים עבור בפוליסת אתה הנר מבוקש בטבל.
 - בכיסוי שבוטל לא יוכesse מקרה אחר ביטול הכספי ולא תהיה יכולה לקבלת شيء או פיצוי כלשהו מכוח אותו כיסוי. כמו כן, ככל שבעתיד תבקש להציג מחדש, הדבר עשוי להיות כרוך בתהיליך חדש של חיותם רפואי או אחר, בהסכמה המודesta של חברת הביטוח לקבלתך לביטוח ובתנאים ובתעריפים שיהיו נוהגים בחברה ביום בקשתך.
 - כמו כן, ככל שתאותר בקשר להציגך לביטוח, ההחלטה שתפקידך לך תהייה פוליסת חדשה לכל דבר מעניין.

