

הטופס מיועד לנשים וגברים אחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

**למשלו הטופס לאף הבריאות - בדוא"ל:** polisotbs@harel-ins.co.il  
\* מענה מחושב 24 שעות ביום להזמנת בדיקת קבלת מסכמים: 870-702-1-700, השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת הטופס. עדכון לאחר שעה 15:00 יבוצע המחרת.

פרטי המבוטח										A				
ס"ב	מספר זהות*	שם משפחה*								שם פרטי*	תאריך לידה	מין		
		<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה										מבוטח ראשי		
		<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה										בן/בת זוג		
		<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה										ילדים		
1		<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה												
2		<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה												
3		<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה												
4		<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה												
כתובת מגורים של המבוטח הראשי										רחוב	מספר	יישוב	ת.ד.	מייקוד
מספר טלפון נייד (חובה למלא)										מספר טלפון				
כתובת דוא"ל														

\*חויה למלא (בכל שבקשת הביטול דן היה מטעם شيء מסוים). הפרטים המצוינים לעיל יישמשו לעדכו שמי המבוקחים בעניין בקשה ביטול זו.

**ב** אני מבקש לבטל את פוליסות הביטוח הבאות

פרטי הפלישה לביטול	תאריך כניסה הביטול לתוקף

**ג** אני מבקש לבטל את הנספחים הבאים\*\*

פרטיה הפלוסה	פרטי הנספחים לביטול	תאריך כניסה הביטול לתוקף

\*\*יש למלא רק אם המבוקש מבהיר לבטל נספח/**ים** מסוים/**ים** שבספליטה ולא את הפליטה במלואה.

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

ככל שתואשר בקשה להציג מחדש פוליסה חדשה לכל דבר ועניין לרבות לעניין תקופת האכזרה  
וכבירתם של עריכי סילוק או עריכי פדיון ככל שיש כאן בפוליסה.

