

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 שלוחת הטופס. עדכון לאחר שעה 15:00 יתבצע למחרת.

א פרטי בעל הפוליסה: המעסיק/המבוטח									
ס"ב	מספר זהות/דרכון/ח.פ.*	שם משפחה*	שם פרטי*	תאריך לידה	מין				
					<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה				
רחוב	מספר	יישוב	ת.ד.	מיקוד					
מספר טלפון		מספר טלפון נייד (חובה למלא)							
כתובת דוא"ל									

\*חובה למלא

ב פרטי הפוליסה לביטול				תאריך כניסת הביטול לתוקף
מספר דרכון	שם משפחה	שם פרטי	פרטי המבוטח	

ג שם בעל הפוליסה: המעסיק/המבוטח			מספר זהות/דרכון/ח.פ.	חתימה

■ 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 מחודש 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.