

בקשה לבייטול פוליסת ביטוח עובדים זרים



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

למשלו הטופס לאגר בריאות פרט חו"ל - בדוא"ל: harel-ins.co.il או fax7930@harel-ins.co.il או בפקס: 03-7348083.
*מענה ממוחשב 24 שעות ביום מה לצורך בדיקת קבלת מסמכים: 08-870-700-1, השירות ניתן 3 שעות
לאחר שליחת הטופס. עדכן לאחר שעה 15:00 יבוצע לפחות.

פרטי בעל הפוליסה: המעסיק/הambilton							A
מין	שם פרטי*	שם משפחה*	תאריך לידה	מספר זהות/דרכון/ח.פ.*	ס"ב	טלפון נקבה	
<input type="checkbox"/> זכר <input checked="" type="checkbox"/> נקבה							
מיקוד	ת.ד.	ישוב	מספר	רחוב	כתובת מגורים	של המבוטה הראשי	
מספר טלפון נייד (חובה למלא)				מספר טלפון			כתובת דוא"ל
@.....							*חובה למלא

תאריך כניסה הביטול לתיקף	פרטי המבוטה			פרטי הפוליסה לbijtol	B
	מספר דרכון	שם פרטי	שם משפחה		

תאריך	שם בעל הפוליסה: המעסיק/הambilton	מספר זהות/דרכון/ח.פ.	חתימה	C
..... 				

- לדייעתך, בקשה לבייטול הפוליסה כולה תביא לbijtol כל הנסיבות הביטוחיים הקיימים עבורך בפוליסת אותה הנך ביקש לבטל.
- בכיסוי שבוטל לא יcosa מקרה ביטוח שרירע לאחר ביטול הכספי ולא תהיה זכאי לקבלת טיפול או פיצוי כלשהו מכוח אותו כסוי. כמו כן, ככל שבעתיד תבקש להצטרף מחדש לביטוח, הדבר עשוי להיות כרוך בתהליך חדש של חיתום רפואי או אחר, בהסתמכתה המוחדשת של חברת הביטוח לקבלת ביטוח ובתנאים ובתעריפים שיהיו נחוגים בחברה ביום בקשה.
- כמו כן, ככל שתאושר בקשר להצטרפות לביטוח, הפוליסת שתופוק לך תהיה פוליסת חדשה לכל דבר ועניין.

