

למשלוח הטופס לאגף בריאות וחיים - בדוא"ל: [polisotbs@harel-ins.co.il](mailto:polisotbs@harel-ins.co.il) או בפקס: 03-7348178.  
\*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.

**פרטיות:** הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ["הראל"] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.  
פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

- לידעתך, 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 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 לרבות לעניין מניין תקופת האכשרה וצבירתם של ערכי סילוק או ערכי פדיון ככל שיש כאלו בפוליסה.

## א אני מבקש לבטל את פוליסות הביטוח הבאות

פרטי הפוליסה לביטול	תאריך כניסת הביטול לתוקף

## ב אני מבקש לבטל את הנספחים הבאים\*

פרטי הפוליסה	פרטי הנספחים לביטול	תאריך כניסת הביטול לתוקף

\*יש למלא רק אם המבוטח מבקש לבטל נספחים מסוימים שבפוליסה ולא את הפוליסה במלואה.  
ככל שתצוין פוליסה ללא פירוט הנספחים, הפוליסה תבוטל במלואה.

ככל שהנך מבקש/ת לבטל אחד או יותר מהכיסויים הבאים: תרופות, השתלות או ניתוחים בחו"ל ("כיסוי הבסיס"), והללו נרכשו החל מ-10/2023 ובנוסף טרם חלפו 6 חודשים מיום רכישת כיסוי הבסיס, וכן ברשותך כיסויים נוספים מסוג ניתוחים בישראל ו/או אמבולטורי שנרכשו החל מ-10/2023 ("הכיסויים הנוספים"), לא יבוטלו לך הכיסויים הנוספים, בהתקיים אחד או יותר מהתנאים הבאים:  
 ■ גם לאחר ביטול הכיסוי יש ברשותי את כל הכיסויים הבאים: תרופות, השתלות וניתוחים בחו"ל.  
 ■ היו ברשותי כיסויים נוספים מסוג ניתוחים בישראל ו/או אמבולטורי טרם אוקטובר 2023 והללו הוחלפו באותם כיסויים לאחר חודש אוקטובר 2023.  
 ■ אני בן/בת 60 ומעלה.  
 ■ כיסוי הבסיס שכעת אני מבטל/ת, נרכש מתוקף פרישה/סיום פוליסה קבוצתית.  
 ככל ולא מתקיים לגביך אחד מהתנאים האמורים אנא סמן כאן [ ] ואנו נבטל גם את הכיסויים הנוספים. ככל ולא סימנת, הניך מצהירה/ה כי מתקיימים לגביך אחד או יותר מהתנאים האמורים והכיסויים הנוספים לא יבוטלו.

## ג פרטי המבוטח

ס"ב	מספר זהות**	שם משפחה**	שם פרטי**	תאריך החתימה	חתימת המבוטח***

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

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

\*\*\*\*אנו ממליצים כי טרם העברת בקשת ביטול, תיוועץ בסוכן הביטוח שלך לקבלת הסבר נוסף בנוגע למשמעות ביטול הפוליסה ו/או הכיסוי בפוליסה שברשותך.



^dt2055