

# בקשה לביטול ביטוח נסיעות לחו"ל ע"י המבוטח (לפני כניסת הביטוח לתוקף)

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

למשלוח הטופס לאגף בריאות פרט חו"ל - בדוא"ל: fax7922@harel-ins.co.il או בפקס: 03-7348082.  
\*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.

## א אני מבקש לבטל את פוליסה הביטוח הבאה

מספר הפוליסה לביטול	תאריך הבקשה לביטול

## ב פרטי המבוטח (משלם הוצאות הנסיעה)

מבטח	ס"ב	מספר זהות*		שם משפחה*	שם פרטי*	תאריך לידה	מין
		א	ב				
							<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
כתובת מגורים של המבוטח הראשי	רחוב	מספר	יישוב	ת.ד.	מיקוד		
	מספר טלפון	מספר טלפון נייד (חובה למלא)					
	כתובת דוא"ל	חתימה					

\*חובה למלא

## ג פרטי הנוסעים

מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
נוסע 1			
נוסע 2			
נוסע 3			
נוסע 4			
נוסע 5			

- המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בתוך תקופת הביטוח בהתאם לתנאיה וחריגיה המלאים של הפוליסה.
- חישוב דמי הביטוח המגיעים למבוטח במקרה של ביטול נסיעה ובמידה ולא היו תביעות יהיו כמפורט להלן:
  - דמי הביטוח בגין כל תקופת הביטוח (ובתנאי ששולמו במלואם למבטח) כפול מספר הימים ממועד ביטול הפוליסה עד תום תקופת הביטוח, מחולק במספר הימים הכולל של כל תקופת הביטוח כמפורט בדף הרשימה (להלן: "ההחזר היחסי").
  - מסכום ההחזר היחסי של דמי הביטוח ינוכו עלויות המבטח בשיעור של 20% מדמי הביטוח בגין כל תקופת הביטוח.
  - בכל מקרה המבוטח לא יחזיר דמי הביטוח בגין ביטול הפוליסה ב-90 יום האחרונים של תקופת הביטוח.
- לידיעתך, 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, 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.

