

להחזיר לפקס:
03-6729025

לכבוד
הראל חברה לביטוח בע"מ
אגף ביטוח נוסעים
אבא הלל 3, ת.ד. 1951
רמת גן 52118
~~03-7547980~~

הנדון: בקשה לביטול/קיצור פוליסה לביטוח עובדים זרים/תיירים שפרטיה כמפורט להלן:

Policy No. _____ מספר פוליסה
Name of the Insured _____ שם המבוטח/ת
Passport No. _____ מספר דרכון

אני הח"מ מבקש בזאת

לבטל את הפוליסה שלעיל

לקצר את תקופת הביטוח בפוליסה לעיל מיום ____/____/____

ידוע לי ש:

1. בבקשה לביטול פוליסה התנאי להחזר כספי בגין בקשה לביטול פוליסה, הינו שהבקשה לביטול תגיע למשרדי המבטח לפני תאריך תחילת הביטוח בפוליסה.
2. בבקשה לקיצור תקופת ביטוח (הפסקת הביטוח לפני תום תקופת הביטוח בפוליסה) ההחזר הכספי יהיה מיום קבלת בקשה זו במשרדי המבטח או מהתאריך שצויין לעיל, המאוחר משניהם
3. מי רשאי לבקש לבטל את הפוליסה:
א. ביטוח עובדים זרים – הבקשה תמולא ותחתם ע"י המעסיק בלבד.
ב. ביטוח תיירים – הבקשה תמולא ותחתם ע"י המבוטח בלבד.

פרטי המבקש

שם משפחה _____ שם פרטי _____ Last Name _____ First Name _____

מספר ת.זהות _____ Passport No. _____ תאריך הבקשה: ____/____/____ Date of Request _____

נא לשלוח המחאה לכתובת:

רח' _____ מספר _____ No. _____ Street _____

עיר _____ מיקוד _____ Zip code _____ City _____

חתימת המבקש _____