

סימוכין: בקשה לקיצור/ביטול זרים

להחזיר לפקס':
03-6729025

לכבוד
הראל חברה לביטוח בע"מ
אגף ביטוח עובדים זרים
אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802
סוכנות א.רוזן סוכנות לביטוח

פרטי הפוליסה	
The insured Name of	שם המבוטח/ת
מספר פוליסה	Policy No.
מספר דרכון	Passport No.
אני הח"מ מבקש בזאת: ☐ לבטל את הפוליסה שלעיל מתחילה. ☐ 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 שצוין 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	
First Name	שם פרטי
Last Name	שם משפחה
Date of Request	תאריך הבקשה
No. I.D.	מספר ת.ז.הות
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 שצוין 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.	

פוליסה ששולמה באשראי, תזוכה לח-ן האשראי.					
פוליסה ששולמה באמצעי תשלום אחר - תישלח המחאה לכתובת שצוינה להלן:					
Zip code	מיקוד	City	עיר	No.	מספר
			רח'	Street	

תאריך: חתימת המבקש: 