

טופס בקשה לביטול/קיצור הפוליסה לביטוח עובדים זרים ותיירים

נא להקפיד למלא טופס זה באופן מדויק ושלים.

לכבוד
איילון חברה לביטוח בע"מ
אגף ביטוח בריאות, תושבי חוץ.
אבא הלל 12, ת.ד. 10957, רמת גן 5250606

פרטי הפוליסה	
Insured Name שם המבוטח/ת	Policy No. מספר פוליסה
אני הח"מ מבקש בזאת: לקצר את תקופת הביטוח בפוליסה מיום ____/____/____	Passport No. מספר דרכון
I the undersigned request: To cancel my insurance policy from: ____/____/____	

פרטי המבקש	
First Name שם פרטי	Last Name שם משפחה
Date of Request תאריך הבקשה	I.D. No. מספר תעודת זהות
<p>הובא לידי הפרטים הבאים:</p> <p>1. בבקשה לקיצור תקופת ביטוח ההחזר הכספי יהיה מיום קבלת בקשה זו במשרדי המבטח או מהתאריך שצוין לעיל, המאוחר משניהם ובתוספת דמי הביטול.</p> <p>2. מי שרשאי לבקש לבטל את הפוליסה:</p> <p>א. ביטוח עובדים זרים - הבקשה תמולא ותיחתם על ידי המעסיק בלבד.</p> <p>ב. ביטוח תיירים - הבקשה תמולא ותיחתם על ידי המבוטח בלבד.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> פוליסה ששולמה באשראי, ההחזר יבוצע לחשבון האשראי. פוליסה ששולמה באמצעי תשלום אחר - נא לשלוח המחאה שכתובתה להלן : 	
Zip code מיקוד	City עיר
No. מספר	Street רחוב



חתימת המבקש:

תאריך: