הכשרה ביטוח ופיננסים

ביטול פוליסת בריאות

פרטי המבוטח/ים

	מספר זהות/ח.פ*	שם מלא / שם בית העסק*	מספר טלפון נייד	מספר טלפון נייח
מבוטח ראשי				
מבוטח משני				

ישוב:	רחוב:	מס׳ בית:	מס׳ דירה:	מיקוד:	ת״ד:
כתובת דוא"ל:					

* חובה למלא

אני/ו מבקש/ים לבטל את פוליסות הביטוח הבאות:

פרטי הפוליסה לביטול	תאריך כניסת הביטול לתוקף

אני/ו מבקש/ים לבטל את הנספחים הבאים: יש למלא רק אם המבוטח מבקש לבטל נספח/ים מסויים/ים שבפוליסה ולא את הפוליסה במלואה.

פרטי הפוליסה	פרטי הנספחים לביטול	תאריך כניסת הביטול לתוקף

חתימת המבוטח/ים אשר מבקשים לבטל את הפוליסה:

	שם מלא	מספר זהות	תאריך	חתימה
מבוטח ראשי				
מבוטח משני				
ילד מעל גיל 18				

- תאריך כניסת הביטול לתוקף – בהתאם למבוקש בטופס, אך לא לפני מועד קבלת הטופס בהכשרה חברה לביטוח בע"מ ("החברה").
- לידיעתך, בקשה לביטול הפוליסה תביא לביטול כל הכיסויים הביטוחים ו/או הנספחים הקיימים עבורך בפוליסה אותה הנך מבקש לבטל, ולא יהיה כל כיסוי ביטוחי למקרה ביטוח שארע לאחר ביטול הפוליסה לרבות פיצוי או שיפוי בגינה .
- צירוף מחדש לביטוח יהא כרוך בהליך מחודש של חיתום ובהסכמתה המחודשת של החברה לקבלתך לביטוח, בכפוף לתנאי הפוליסה והנחיות החיתום של החברה.
- ככל שהנך מבקש/ת לבטל אחד או יותר מכיסויי הבסיס (תרופות, השתלות, ניתוחים בחו"ל) אשר נרכשו החל מחודש 10.2023 וטרם עברו 6 חודשים מיום רכישת הכיסוי וכן באם ברשותך כיסויים נוספים מסוג אמבולטורי או ניתוחים בישראל שנרכשו החל מחודש 10.2023, הכיסויים הנוספים (אמבולטורי או ניתוחים בישראל)) לא יבוטלו ככל שהתקיים אחד או יותר מהתנאים הבאים: [
  א. הנך בן/בת 60 ומעלה.
  ב. גם לאחר ביטול הכיסוי יש ברשותך כיסויים מסוג תרופות, השתלות וניתוחים בחו"ל.
  ג. היו ברשותך כיסויים נוספים מסוג אמבולטורי ו/או ניתוחים בישראל לפני חודש 10.2023 אשר הוחלפו באותם כיסויים לאחר חודש 10.2023.
  ד. כיסוי הבסיס שביקשת לבטל נרכש עקב פרישה.

  ככל שלא מתקיים אחד או יותר מהתנאים שלעיל, אנא סמן בהתאם ואנו נבטל גם את הכיסויים הנוספים.

  ככל שלא סימנת, זוהי הצהרתך כי לא מתקיים אחד או יותר מהתנאים שלעיל **והכיסויים הנוספים לא יבוטלו.**
- **בקשת הביטול צריכה להיות חתומה על ידי כל אחד מהמבוטחים הבגירים (מעל גיל 18) בפוליסה.**

^dt2055

09.2025