



מספר זהות/ח.פ.*										שם מלא / שם בית העסק*				מספר טלפון נייד		מספר טלפון ניח	
מבטח ראשי																	
מבטח משני																	
ישוב:		רחוב:				מס' בית:		מס' דירה:		מיקוד:		ת"ד:					
כתובת דוא"ל:																	

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

פרטי הפוליסה לביטול	תאריך כניסת הביטול לתוקף

פרטי הפוליסה	פרטי הנספחים לביטול	תאריך כניסת הביטול לתוקף

שם מלא	מספר זהות	תאריך	חתימה
			מבוסח ראשי
			מבוסח 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 הביטוחיים 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 יאה 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 יבטלו 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 יבטלו.

בקשת הביטול צריכה להיות חתומה על ידי כל אחד מהמבוטחים הבגירים (מעל גיל 18) בפוליסה.



^dt2055

***3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il