

כתובת מייל לשליחת הבקשה: shaban-b@hcsra-ins.co.il

בקשה לביטול העברה לפוליסת ביטוח ניתוחים "משלים שב"ן"

1. פרטי המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת"ז	מס' פוליסה
ישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד
מס' טלפון	מס' טלפון נייד	דוא"ל	ת.ד.

2. טבלת בני משפחה של מבוטח (ככל שרלוונטי)			
תאריך	מס' ת"ז	שם המבוטח/ת	בן/בת זוג
			ילד
			ילד
			ילד

3. הצהרת המבוטח/ת:
<p>1. אני החתום מטה, מבקש/ת לבטל את העברתי לפוליסת ביטוח ניתוחים "משלים שב"ן".</p> <p>2. ידוע לי כי בעקבות בקשתי לא אעבור לפוליסת ביטוח ניתוחים "משלים שב"ן" וברשותי תישאר פוליסת ביטוח ניתוחים "שקל ראשון" וכי דמי הביטוח עתידיים להשתנות.</p> <p>3. ידוע לי כי ככל שאבטל את העברתי לפוליסת ביטוח ניתוחים "משלים שב"ן" יראו אותי כאילו לא הועברתי לפוליסת ביטוח ניתוחים "משלים שב"ן" ויראו את פוליסת ביטוח ניתוחים "שקל ראשון" כאילו לא בוטלה וכאילו חודשה על ידי. כמו כן, אצטרך לשלם את ההפרש בין דמי הביטוח המגיעים לפי פוליסת ביטוח ניתוחים "שקל ראשון" לפי התעריפים שהוצעו לי במועד החידוש ובין דמי הביטוח ששילמתי לפי פוליסת ביטוח ניתוחים "משלים שב"ן" בעד כל התקופה שממועד העברתי עד למועד שבו הודעתי כי ברצוני לבטל את ההעברה כאמור.</p>

4. חתימות			
שם המבוטח/ת	מס' ת"ז	תאריך	חתימת המבוטח/ת
			X

