

להחזיר לפקס:

03-6729025

סימוכין: בקשה לקיצור זרים

לכבוד

הראל חברה לביטוח בע"מ

אגף ביטוח נוסעים

אבא הלל 3, ת.ד. 1951

רמת גן 52118

פקס: 03 - 7547930

הנדון: בקשה לביטול/קיצור פוליסה לביטוח עובדים זרים שמספרה - _____

שם המבוטח: _____ מס' דרכון _____

אני הח"מ מבקש בזאת ☐ לבטל את הפוליסה שבנדון.

☐ לקצר את תקופת הביטוח בפוליסה שבנדון החל מיום ____/____/____.

ידוע לי ש:

1. בבקשה לביטול פוליסה התנאי להחזר כספי בגין בקשה לביטול פוליסה, הינו על פי אחד משני המקרים המפורטים להלן:

א. הבקשה לביטול תגיע למשרדי המבטח לפני תאריך תחילת הביטוח בפוליסה.

ב. ביטול רטרואקטיבי – לבקשה לביטול פוליסה, שהוגשה למבטח לאחר תאריך תחילת הביטוח בפוליסה, תצורף רשימה ממשרד הפנים הכוללת את תאריכי הכניסות לישראל והיציאות ממנה, של המבוטח הנ"ל.

2. בבקשה לקיצור תקופת ביטוח (הפסקת הביטוח לפני תום תקופת הביטוח בפוליסה) התנאי להחזר כספי הינו על פי אחד מהמקרים המפורטים להלן:

א. הקיצור יהיה מיום קבלת בקשה זו במשרדי המבטח או מהתאריך שצויין לעיל, המאוחר משניהם.

ב. קיצור רטרואקטיבי -

1. במידה והעובד הזר עזב את מדינת ישראל, יש לצרף רשימה ממשרד הפנים הכוללת את תאריכי הכניסות לישראל והיציאות ממנה, של המבוטח הנ"ל.

2. במידה ולא צורפה לבקשה זו רשימה ממשרד הפנים כאמור לעיל, תאריך קיצור הביטוח רטרואקטיבי, נתון לשיקול דעתה הבלעדי של הראל חברה לביטוח בע"מ.

3. הצהרת המבקש – ידוע לי כי תנאי להחזר כספי בגין ביטול/קיצור הינו החזרת כרטיס המבוטח לחברת הביטוח. במידה ואין באפשרותי להחזיר את הכרטיס כאמור לעיל, אני הח"מ מתחייב/ת בזאת כי אם הראל חברה לביטוח בע"מ תידרש לשלם הוצאות בגין אירועים המכוסים עפ"י הפוליסה שבנדון, שתחילתם לאחר התאריך שצויין לעיל ועד תאריך קבלת בקשה זו במשרדי המבטח, תחול חובת התשלום בגין הוצאות אלה עלי והראל חברה לביטוח בע"מ תהיה פטורה מתשלום כלשהוא בגין תביעות אלו.

פרטי המבקש:

שם משפחה _____ שם פרטי _____

מספר תעודת זהות _____ תאריך הבקשה: ____/____/____

נא לשלוח המחאה לכתובת: רח' _____ מספר _____

עיר _____ מיקוד _____

חתימת המבקש _____

