M

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

פרטי בעל הפוליסה			
ת.ז	שם משפחה	שם פרטי	נייד
ישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד
דוא"ל			

הצהרת המבוטח/ת:

1. אני החתום מטה, מבקש/ת לבטל את העברתי לפוליסת ביטוח ניתוחים "משלים שב"ן".
2. ידוע לי בעקבות בקשתי לא אעבור לפוליסת ביטוח ניתוחים "משלים שב"ן" וברשותי תישאר פוליסת ביטוח ניתוחים "השקל הראשון" וכי דמי הביטוח עתידים להשתנות.
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.

פירוט שמות המבוטחים עבורם נדרש לבטל את המעבר לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן: (שים לב - יש לציין את פרטי בעל הפוליסה בפירוט במידה ונדרש לבטל את המעבר גם עבורו)

ת.ז	שם מבוטח	קרבה
		☐בן/בת זוג ☐ילד/ה

ת.ז	שם מבוטח	קרבה
		☐בן/בת זוג ☐ילד/ה

ת.ז	שם מבוטח	קרבה
		☐בן/בת זוג ☐ילד/ה

ת.ז	שם מבוטח	קרבה
		☐בן/בת זוג ☐ילד/ה

חתימת המבוטח

שם פרטי*	שם משפחה*	ת"ז*	חתימה*