



## הנדון: בקשה לביטול פוליסה קולקטיבית

### באמצעות סוכנות ב.טיקר ביטוח, גמל ופיננסים

#### בריאות / תאונות / סיעוד

(נא הקף בעיגול את סוג הביטוח שברצונך לבטל, ביטול ביטוח בריאות מחייב גם טופס ויתור זכויות איילון)

אבקש לבטל את המבוטחים הרשומים מטה:

- שם בעל הפוליסה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_
- שם בן/בת הזוג \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_
- טלפון בן/ בת זוג: \_\_\_\_\_ דוא"ל בן/בת זוג: \_\_\_\_\_
- כתובת בן/בת הזוג (במידה והכתובת שונה מכתובת בעל הפוליסה):  
\_\_\_\_\_
- ילד/ה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_
- ילד/ה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_
- ילד/ה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

❖ סיבת הביטול: \_\_\_\_\_

אני מודעת/לך שמרגע העברת טופס הביטול, הכיסוי הביטוחי לרשומים מעלה לא יהיה עוד בתוקף ולא נוכל להגיש תביעה בגינם.

כמו כן ידוע לי כי במידה ואחליט לחזור להיות מבוטח/ת בעתיד או לבטח את בני משפחתי בביטוח זה ההצטרפות תהיה בכפוף להצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתנו לביטוח.

ידוע לי כי אני מוותר/ת על השתתפות האוניברסיטה בתשלום פרמיית הביטוחים.

(על הבקשה יחתום עובד האוניברסיטה בלבד ויצרף צילום ת.ז עם ספח המכיל את כלל המבוטחים)

ת.ז. \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ דוא"ל \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**הפרכת הריאות טובה!**