



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. _____
- ילד/ה _____ ת.ז. _____
- 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 _____
תאריך _____/_____/_____ חתימה _____

הפרכת הריאות טובה!