

## בקשה לביטול העברה לפוליסת ביטוח ניתוחים "משלים שב"ן" בפוליסה מס' \_\_\_\_\_

פרטי המבוטח				
מספר ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון	מס' טלפון נייד
כתובת דואר אלקטרוני:				

טבלת בני משפחה של מבוטח (ככל שרלוונטי)

יש לסמן V עבור כל מבוטח/ת שלגביהם מבקשים לבטל את ההעברה למשלים שב"ן:

שם המבוטח/ת	מספר ת.ז.	בקשה לביטול העברה לפוליסת ניתוחים "משלים שב"ן"	
		<input type="checkbox"/>	בן/בת זוג
		<input type="checkbox"/>	ילד
		<input type="checkbox"/>	ילד
		<input type="checkbox"/>	ילד
		<input type="checkbox"/>	ילד

### הצהרת המבוטח/ת:

1. אני החתום/ה מטה, מבקש/ת לבטל את העברתי לפוליסת ביטוח ניתוחים "משלים שב"ן".
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.
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.

שם המבוטח/ת	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה <sup>1</sup>

לביטול ההעברה לפוליסת ניתוחים "משלים שב"ן", יש לחתום על טופס זה ולשלוח אותו חתום בחזרה למשרדי כלל ביטוח ופיננסים, באחת מהדרכים הבאות:

כתובת דוא"ל: [bitulhaavarams@Clal-Ins.co.il](mailto:bitulhaavarams@Clal-Ins.co.il), או באמצעות דואר ישראל בכתובת: ת.ד. 37070, תל אביב 6136902.

<sup>1</sup> מבוטח ראשי יכול לחתום עבורו, עבור ילדיו עד גיל 21 ועבור בן/בת זוג.

