



סוג מסמך: 29131, קולקטיב מרכז: 163621

ניתן להעביר את הטפסים באמצעות דוא"ל: [qlqtiv1@harel-ins.co.il](mailto:qlqtiv1@harel-ins.co.il) או לפקס 03-7348178

## ביטוח רפואי קבוצתי לעמיתי קרנות הסוהרים - טופס בקשת ביטול

אני / החתום/ים מטה מבוטח/ים בתכנית ביטוח הבריאות הקבוצתי של עמיתי קרנות הסוהרים מבקש/ים בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ לגרוע את עצמי ו/או את בני משפחתי מתכנית הביטוח.

אני מצהיר/ה שלא יהיו לי ו/או לבני משפחתי תביעות נגד הראל חברה לביטוח בע"מ ו/או המעסיק, בגין גריעת ו/או אי צרוף שלי ו/או בני משפחתי לביטוח הבריאות הנ"ל.

ידוע לי כי אם אבקש בעתיד להצטרף לביטוח הקבוצתי ו/או לצרף את בני משפחתי לביטוח, יהיה הדבר כרוך במילוי הצהרות בריאות.

א. פרטי המבוטחים					
מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	ס"ב
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>					עובד/ת / גמלאית
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>					בן/בת זוג
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>					ילד עד גיל 24 1
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>					2
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>					3
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>					4
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>					5
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>					ילד מעל גיל 24
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>					ילד מעל גיל 24
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>					ילד מעל גיל 24

### ב. חתימות

במידה והעובד/ת / הגמלאית/ת הינו/ה המשלם/ת עבור הביטוח - אין צורך בחתימת שאר המבוטחים. במידה ומבוטח/ת אחר/ת הינו/ה המשלם/ת עבור הביטוח, כל המבוטחים הבגורים חייבים לחתום על בקשה זו.

חתימה	מספר זהות	שם המבוטח	תאריך	עובד/ת / גמלאית
				בן/בת הזוג
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18
				ילד מעל גיל 18