



הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים
גא מלא טופס זה באופן מדויק ומלא.

למשלוח הטופס לאגף בריאות - בדוא"ל mail-cancellbh@ayalon-ins.co.il או בפקס: 03-7569566

א. פרטי המבוטח						
מין	תאריך לידה	שם פרטי*	שם משפחה*	מספר זהות*		
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>					מבוטח ראשי	
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>					בן/בת זוג	
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>					ילדים עד גיל 18 (כולל)	
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>						ילד 1
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>						ילד 2
זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>					ילד 3	
מספר טלפון		מיקוד	ישוב	מס' בית	רחוב	
Email: _____ @ _____					כתובת דוא"ל מבוטח ראשי	
Email: _____ @ _____					כתובת דוא"ל בן/בת זוג	

* חובה למלא (אם בקשת הביטול היא מטעם שני מבוטחים, הפרטים הרשומים לעיל ישמשו לעדכון שני המבוטחים בעניין בקשת ביטול זו).

ב. אני מבקש לבטל את פוליסות הביטוח הבאות:	
תאריך כניסת הביטול לתוקף	הפוליסה לביטול

ג. אני מבקש לבטל את הנספחים הבאים:**		
שנת האירוע	תשובה לסעיף	שם המבוטח

** יש למלא רק אם המבוטח מבקש לבטל נספחים מסוימים שבפוליסה ולא את הפוליסה במלואה.

ד. חתימות				
מבוטח	תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה***
מבוטח ראשי				
בן/בת זוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

*** בקשת הביטול צריכה להיות חתומה על-ידי כל אחד מהמבוטחים הבגורים.

- לידיעתך, בקשה לביטול הפוליסה כולה תביא לביטול כל הכיסויים הביטוחיים הקיימים עבורך בפוליסה אותה הנך מבקש לבטל.
- בכיסוי שבוטל לא יכוסה מקרה ביטוח שאירע לאחר ביטול הכיסוי ולא תהיה זכאי לקבלת שיפוי או פיצוי כלשהו מכוח אותו כיסוי. כמו כן, ככל שבעתיד תבקש להצטרף מחדש לביטוח, הדבר עשוי להיות כרוך בתהליך מחודש של חיתום רפואי או אחר, בהסכמתה המחודשת של חברת הביטוח לקבלתך לביטוח ובתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים בחברה ביום בקשתך.
- כמו כן, ככל שתאושר בקשתך להצטרף מחדש לביטוח, הפוליסה שתופק לך תהיה פוליסה חדשה לכל דבר ועניין לרבות לעניין מניין תקופת האכשרה וצבירתם של ערכי סילוק או ערכי פדיון ככל שיש כאלו בפוליסה.

