

תאריך: _____

לכבוד:

מזכירות הוועד הארצי

באמצעות הדואר הפנימי

טופס בקשת ביטול פוליסת הבריאות

ידוע לי כי בחתימתי על טופס ביטול הפוליסה אני מוותר על זכותי ועל זכותם של בני משפחתי לקבלת הכיסויים הבאים: **השתלות, טיפולים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים בחו"ל, תרופות מחוץ לסל הבריאות, ניתוחים בארץ, טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים רפואיים אמבולטוריים, טיפולים מחליפי ניתוח, ביטוח סיעודי ושירותים נוספים.**

אני מודע לכך שממועד קבלת טופס הביטול, הכיסויים הביטוחיים לי ולבני משפחתי לא יהיו בתוקף, לא נוכל להגיש תביעה בגינם וכך לא נהיה זכאים לקבלת שירותים רפואיים, שיפוי או פיצוי מחברת הביטוח.

כמו כן, ידוע לי כי במידה ואחליט לחזור ולהיות מבוטח בעתיד ו/או לבטח את בני משפחתי, אני מודע לכך שההצטרפות תהיה **בכפוף למילוי הצהרת בריאות** אשר תקבע את תנאי קבלתנו לביטוח.

את הטופס יש לשלוח חתום למזכירות הוועד הארצי באמצעות הדואר הפנימי או

לפקס שמספרו: 03-7143115.

ביטול העובד וכל בני משפחתו

ביטול בת זוג

ביטול ילדי העובד:

שם הילד	ת.ז.
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

שם העובד: _____

ת.ז של העובד: _____ חתימת העובד _____