

2020 _____

ניתן להעביר את הטפסים באמצעות : qlqtiv1@harel-ins.co.il
או לפקס 03-7348178

**טופס בקשה לרצף ביטוחי לעובדי / חברי ובני משפחותיהם
במעבר בין חברות ביטוח**

מבוטח/ת יקר/ה,

לצורך הפקת פוליסת ביטוח בריאות בהראל עבורך ו/או עבור בני משפחתך, תוך שמירה על רצף הזכויות הביטוחיות שהיו לך בפוליסה הקודמת, יש להעביר את המסמכים הבאים:
1. דף רשימה (דף פרטי ביטוח) עדכני מחברת הביטוח בה הנך/ כם מבוטח/ים
אישור תשלומים לפוליסה המעיד כי הפוליסה בתוקף במועד הבקשה לרישום הרצף. האישור יכלול את כל המבוטחים בפוליסה, את תאריך תחילת הביטוח ואת פירוט הכיסויים.

הרינו לאשר כי לפני הצטרפותנו לפוליסת הבריאות הקבוצתית הייתה ברשותנו פוליסת ביטוח :
(השלם פרטים)

פרטית - בחברת הביטוח: _____ מספר הפוליסה: _____
קבוצתית - ממקום עבודתי הקודם: _____ בחברת ביטוח: _____
והיא בתוקף במועד המעבר לפוליסה קבוצתית בהראל חברה לביטוח בע"מ.

ידוע לי כי ביטול הפוליסה ממנה אני מבקש רצף ביטוחי, כמפורט בטופס זה, הינו תנאי לשמירת רצף הזכויות הביטוחיות שלי בפוליסה שתופק בהראל.

שם מלא: _____ חתימה: _____
(לחתימת כל הבגירים בפוליסה)