סוג מסמך:29136 , קולקטיב מרכז: XXXX

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

2021 _____

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.
2. אישור תשלומים לפוליסה המעיד כי הפוליסה בתוקף במועד הבקשה לרישום הרצף.

האישור יכלול את כל המבוטחים בפוליסה, את תאריך תחילת הביטוח ואת פירוט הכיסויים.

להלן פרטי המבוטחים עליהם יחול הרצף הביטוחי:

שם _____ ת.ז _____

שם _____ ת.ז _____

שם _____ ת.ז _____

שם _____ ת.ז _____

שם _____ ת.ז _____

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 בעל הפוליסה_____ חתימה _____

חתימת בת הזוג _____

חתימת בוגרים (מעל גיל 18) _____

חתימת בוגרים (מעל גיל 18) _____

חתימת בוגרים (מעל גיל 18) _____