

2021 \_\_\_\_\_

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:

- 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.

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) \_\_\_\_\_