

## בקשה לביטול פוליסת בריאות

פרטי המבוטחים					
חתימת המבוטח* (בגין כל מבוטח מעל גיל 18)	מספר טלפון נייד	מספר טלפון	שם מלא / שם בית העסק*	מספר ת.ז./ח.פ.*	
					מבוטח ראשי
					בן/בת זוג
					ילד 1
					ילד 2
					ילד 3
					ילד 4

\* חובה למלא

פרטי התקשרות				
ת.ד.	מיקוד	מס' בית	רחוב	ישוב
				<b>כתובת דואר אלקטרוני</b>

ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכות כל החברות מקבוצת כלל, עבור כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצה, וישמשו לביצוע פניות אליי. ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון 5454\*

### אני/ מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח הבאות:

תאריך כניסת הביטול לתוקף	מספר רכב (אם רלוונטי)	פרטי הפוליסה לביטול

### אני/ מבקשים לבטל את הנספחים הבאים:\*\*

תאריך כניסת הביטול לתוקף	פרטי הנספחים לביטול	פרטי הפוליסה

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

תאריך חתימה על בקשת הביטול: \_\_\_\_\_

## לתשומת לבך:

- לשם ביטול פוליסת בריאות קיימת, עליך למלא טופס הביטול ולהעבירו לחברתנו באמצעות כתובת דוא"ל: [BitulPolicyBriut@clal-ins.co.il](mailto:BitulPolicyBriut@clal-ins.co.il) או באמצעות פקס שמספרו 077-6383321
- בקשה לביטול הפוליסה כולה תביא לביטול כל הכיסויים הביטוחיים הקיימים בפוליסה אותם מבוקש לבטל.
- על מנת שנוכל לטפל ביעילות בבקשתך לביטול פוליסה קיימת, עליך לוודא כי צויין מספר הפוליסה הרלוונטית וקיימת חתימתך.
- לביטול פוליסה קיימת במסגרתה מבוטחים כמה בוגרים או פוליסה משפחתית יש להעביר טופס בקשה לביטול הפוליסה עם הפרטים המלאים של כל אחד מהמבוטחים כולל חתימותיהם.
- ככל שיועבר טופס ביטול עם פרטי מבוטח אחד בלבד, יבוטל הכיסוי הביטוחי של אותו מבוטח בלבד והפוליסה הקיימת תמשיך להיות בתוקף לגבי שאר המבוטחים במסגרת אותה הפוליסה.
- לביטול פוליסה קיימת של קטין במסגרת פוליסה משפחתית, עליך למלא בטופס הביטול את פרטי הקטין ועל הטופס להיות חתום על ידי שני הוריו של הקטין.