



בקשה לביטול/סילוק פוליסת ביטוח חיים/בריאות

מספר זהות:		מס' פוליסה/ות:	
מס' טלפון נייד:	מספר טלפון:	שם פרטי:	שם משפחה:
כתובת דואר אלקטרוני:	כתובת מגורים:		
	ת.ד.	מיקוד	עיר מס' בית דירה רחוב

הצהרות:

- אני החתום מטה, מבקש לבצע ביטול/סילוק בפוליסת/ות הביטוח הרשומה/ות לעיל.
- ידוע לי כי בעקבות סילוק מלא או ביטול, יבוטלו כל הכיסויים הביטוחיים בפוליסה, לרבות רכיב הריסק שבה.

תאריך: _____ שם מבוטח: _____ מס' זהות: _____ חתימת מבוטח: _____

יש לחתום על הסעיף הבא רק במידה ובעל הפוליסה שונה מהמבוטח

תאריך: _____ שם בעל הפוליסה: _____ מס' זהות: _____ חתימת בעל הפוליסה: _____

יש לחתום על הסעיף הבא רק במידה ובפוליסה קיים מבוטח משני שגילו 18 שנים ומעלה נכון למועד בקשה זו

תאריך: _____ שם מבוטח: _____ מס' זהות: _____ חתימת מבוטח: _____

תאריך: _____ שם מבוטח: _____ מס' זהות: _____ חתימת מבוטח: _____

תאריך: _____ שם מבוטח: _____ מס' זהות: _____ חתימת מבוטח: _____