

**בקשה לביטול פוליסה/נספח בביטוח חיים/בריאות/משכנתא**

פרטי המבוטח				
מספר ת.ז./פ.ז. *		שם מלא/שם בית העסק *		מספר טלפון
ישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד	ת.ד.
כתובת דואר				
אלקטרוני				

\* חובה למלא

אני מבקש לבטל את הפוליסות הבאות\*:

תאריך כניסת הביטול לתוקף (לא יאוחר מה-1 לחודש העוקב לחודש נוכחי)	פרטי הפוליסה לביטול (מספר הפוליסה)

\* לתשומת ליבך - במידה וביקשת לבטל פוליסת משכנתא, הביטול יכלול את כיסוי הריסק וכיסוי המבנה, ככל שקיימים.

אני מבקש לבטל את הנספחים הבאים\*\*:

תאריך כניסת הביטול לתוקף (לא יאוחר מה-1 לחודש העוקב לחודש נוכחי)	מספר ת.ז. של המבוטח עבור מתבקש הביטול	פרטי הנספחים לביטול	פרטי הפוליסה (מספר הפוליסה)

\*\* יש למלא רק אם המבוטח מבקש לבטל נספח/ים מסויים/ים שבפוליסה ולא את הפוליסה במלואה.

שם מלא	מספר ת.ז.	תאריך	חתימת בעל הפוליסה