



## 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:		
	מיקוד	עיר	מס' בית דירה
	ת.ד.		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: \_\_\_\_\_