

נספח א'

בקשה לביטול פוליסה

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

*שדות חובה למילוי

אני מבקש לבטל את פוליסות הביטוח הבאות:

שם פוליסת הבריאות לביטול	מספר פוליסת הבריאות לביטול	תאריך כניסת הביטול לתוקף

אני מבקש לבטל את הנספחים הבאים:**

פרטי הפוליסה	פרטי הנספחים לביטול	תאריך כניסת הביטול לתוקף

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

שם מלא	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה