

ביטול פוליסת בריאות וסיעוד

לכבוד

תאריך: ____/____/____

כלל חברה לביטוח בע"מ

אגף ביטוחי בריאות

הנדון: ביטול פוליסה לביטוח בריאות/סיעוד

א.ג.נ.

אבקש לבטל את הפוליסה לביטוח הבריאות/סיעוד שמספרה _____

החל מתאריך ____/____/____ עבורי ועבור הרשום מטה המבוטחים בפוליסה זו.

ידוע לי שמתאריך קבלת בקשתי זו לביטול הביטוח בחברת הביטוח יפוג תוקף הביטוח על כל נספחיו ולא תהיינה לי כל תביעות מסוג כלשהו בגין ביטוח זה ונספחיו מיום ביטולו. חיובים שחויבו בגין הפוליסה מעבר לתאריך בקשת הביטול יוחזרו באופן יחסי לתקופה.

- (1) שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____
- (2) שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____
- (3) שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____
- (4) שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____
- (5) שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____
- (6) שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה

חתימה