

בקשה לביטול פוליסה

פרטי המבוטחים				
מספר טלפון נייד	מספר טלפון	שם מלא / שם בית העסק*		מספר ת.ז./ח.פ.*
				מבוטח ראשי
				בן/בת זוג
ת.ד.	מיקוד	מספר בית	רחוב	ישוב
				כתובת דואר אלקטרוני

* חובה למלא

ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל יעודכנו במערכות כל החברות מקבוצת כלל, עבור כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצה, וישמשו לביצוע פניות אליי. ככל שברצונך לעדכן את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון *5454

אני/ו מבקשים לבטל את פוליסות הביטוח הבאות:

פרטי הפוליסה לביטול	מספר רכב (אם רלוונטי)	תאריך כניסת הביטול לתוקף

אני/ו מבקשים לבטל את הנספחים הבאים:**

פרטי הפוליסה	פרטי הנספחים לביטול	תאריך כניסת הביטול לתוקף

**יש למלא רק אם המבוטח מבקש לבטל נספחים מסוימים שבפוליסה ולא את הפוליסה במלואה.

שם מלא	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה ¹

¹ לא תידרש חתימה בהודעת ביטול דרך טופס ממוחשב שבחשבון האישי המקוון.