

בקשה לביטול/סילוק בפוליסת ביטוח חיים

סוג מסמך 3420
לשימוש פנימי

מס' פקס בהראל ביטוח חיים: 03-7348169
ניתן לוודא את קבלת הפקס 3 שעות לאחר
המשלוח בטל' 1700-70-28-70

הבקשה הגיעה באמצעות:

סוכן/סוכנות הביטוח: _____
מס' סוכן: _____
חתימת הסוכן: _____

פוליסה מספר:

כל האמור בלשון זכר משמעו גם בלשון נקבה ולהיפך.

לקוח/ה נכבד/ה,

על מנת שנוכל לבצע את בקשתך, יש להעביר בקשה זו חתומה על ידך. נודה לך על מילוי הפרטים האישיים לרבות מספרי טלפון **כולל טלפון נייד**, על מנת למנוע עיכוב בטיפול בקשתך. פוליסת הביטוח שברשותך מבטיחה לך ביטחון כלכלי ותסייע לך ולקרוביך בעת קרות מקרה הביטוח. לפיכך, בטרם תעביר/י בקשה זו שעלולה לגרום לנזק כלכלי בלתי הפיך, אנא פנה לסוכן הביטוח שלך או לאגף ביטוח חיים, בטלפון: 03-7547393, לקבלת הסבר בנוגע למשמעות ביטול/סילוק הפוליסה ולקבלת סיוע במציאת פיתרון חלופי.

לכבוד:

הראל חברה לביטוח בע"מ
רחוב אבא הלל 3, ת.ד. 1951 רמת גן 52118
באמצעות אגף ביטוח חיים

א פרטי המבוטח: (יש לצרף צילום תעודת זהות)

שם משפחה:	שם פרטי:	ישוב:	רחוב:	מס' בית:	מיקוד:
מס' זהות:	מספר טלפון:	מספר נייד: (חשוב מאוד לצורך טיפול יעיל בבקשתך)		E-MAIL:	
_____	_____	_____		_____@_____	

*ידוע לי כי אפשר ויערכו אליי פניות או ישלחו אליי מסרונים למספר טלפון זה.

ב הצהרות:

- אני החתום מטה, מבקש לבצע ביטול/סילוק בפוליסת הביטוח הרשומה לעיל.
- ידוע לי כי בעקבות סילוק מלא או ביטול, יבוטלו כל הכיסויים הביטוחיים בפוליסה.
- אני מגיש את בקשתי שבנדון לאחר שהבנתי את ההשלכות שיש לכך עליי ועל משפחתי.

שם המבוטח:	תאריך:	ת.ז.:	חתימת המבוטח:
שם בעל הפוליסה:	תאריך:	ת.ז.:	חתימת בעל הפוליסה:

במידה ובעל הפוליסה שונה מהמבוטח הראשי, יש להחתים את בעל הפוליסה בנוסף.