

## הצעה למדיכלל פיצוי לסרטן וכתבי שירות עד 300,000 ש"ח סכום פיצוי - בחתמת מועמד

שם הסוכן	מספרו
שם מנהל פיתוח עסקי	מספר צוות
מספר הצעה	
קוד הסכם מ. קשות	קוד הסכם הוצ' רפואיות

**מקור מכירת הביטוח:**  
 מכירת הביטוח נערכה במסגרת שיווק יזום כמשמעותו בחוזר צירוף לביטוח.  
 תאריך תחילת ביטוח מבוקש  
 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

מהדורת ספטמבר 2022

**פרטי המועמדים לביטוח**

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	שם קופת חולים	תוכנית שב"ן	מין
מועמד ראשון (בעל הפוליסה)						
מועמד שני						
עד גיל 20	ילד 1					
	ילד 2					
	ילד 3					
	ילד 4					
עיסוק		טלפון נייד		דואר אלקטרוני		
מועמד ראשון (בעל הפוליסה)						
מועמד שני						

**אופן קבלת מסמכי דיווח והודעות תפעוליות:**

מועמד ראשון	מועמד שני					
<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני – לכתובת המצויינת בטופס זה	<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני – לכתובת המצויינת בטופס זה					
<input type="checkbox"/> דואר רגיל – לכתובת המצויינת בטופס זה	<input type="checkbox"/> דואר רגיל – לכתובת המצויינת בטופס זה					
לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה						
מספר/ת"ד	ישוב	מיקוד	טלפון	כתובת למשלוח דואר (עבור המועמדים לביטוח)		
ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכות כל החברות מקבוצת כלל, עבור כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצה, וישמשו לביצוע פניות אליי. ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון *5454 האם הנך מעשית/ת או לחילופין הפסקת לעשן במהלך השנתיים האחרונות? (לעניין זה עישון יחשב גם: סיגריות, מקטרת, סיגריה אלקטרונית, נרגילה) מועמד ראשון <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, מועמד שני <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, ילד מגיל 18 <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא						

**פרטי מוטבים**

ניתן למנות מוטבים באמצעות טופס עדכון מוטבים. בהיעדר מינוי, ייחשבו כמוטבים היורשים החוקיים על פי דין.

**מדיכלל פיצוי לסרטן**
**יש לציין את סכום הפיצוי המבוקש, ניתן לרכוש עד 300,000 ש"ח.**

שם המוצר	גיל כניסה	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
מדיכלל פיצוי לסרטן	0-65	ש	ש	ש	ש	ש	ש

**כתבי שירות**

	גיל כניסה	מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
1. אבחון ישיר	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. נספח חמ"ל בר גפן	0-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. רופא און-ליין	0-85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ליווי אישי פלוס	0-70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. רפואה משלימה	0-85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



הצהרת בריאות - לתשומת ליבך - יש להתייחס לכל המידע הרפואי הרלוונטי לגביך, כולל זה שנובע/קשור לביקורים אצל רופאים/מכונים פרטיים. מענה שאינו מלא, נכון וכנה יכול לפגוע בך במעמד התביעה ואף עלול להוביל לביטול הפוליסה

2505

מועמד ראשון - שם משפחה				מועמד ראשון - שם פרטי				מועמד ראשון - תעודת זהות				תאריך מילוי הטופס			
מועמד 1		מועמד 2		1. פרטים כלליים								ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
				שמות המועמדים											
				גובה (בס"מ)											
				משקל (בק"ג)											
מועמד 1		מועמד 2		2. שאלון מבוא כללי ושאלון עישון								כן	לא	כן	לא
				1 האם את/ה תחת ברור רפואי או ממתין לאיזו פרוצדורה רפואית / ביופסיה כולל תוצאה שלא התקבלה / בדיקות הדמיה שאינן בדיקות שגרה בשל גיל?											
				2 האם הנך מעשן/ת מעל 20 סיגריות ליום?, במידה וכן נא פרטי/י כמות _____											
				3 האם אובחנת במהלך חיך באחת או יותר מהמחלות הבאות: גידולים (כולל גידולים טרום סרטניים), פוליפים (במעו/ בצוואר הרחם/ רחם/שחלות), סרטן ומחלות ממאירות ו/או האם למיטב ידיעתך אחד או יותר מקרוביך מדרגה ראשונה (אב/אם, אחים/אחיות) אובחנו באחת המחלות הבאות: סרטן שד, סרטן מעי הגס, סרטן שחלות?											
בכל מקרה של תשובה חיובית, נא ציינו את מס' השאלה הרלוונטית ועל איזה מבוטח מדובר. נא פרטו וצפרו מסמכים, כולל התייחסות למועד, סיבות ותוצאות ככל שרלוונטי:															
<div style="text-align: right;">חתימות המועמדים תאריך: ____/____/____</div> <div style="text-align: center;"> <span style="margin-right: 100px;">X</span> <span style="margin-right: 100px;">XX</span> <span>XXX</span> </div> <div style="text-align: center;"> <span style="margin-right: 100px;">חתימת המועמד הראשון</span> <span style="margin-right: 100px;">חתימת המועמד השני</span> <span>חתימת ילד מגיל 18</span> </div>															

5040

אישור תנאי קבלה															
<p>אני מסכימ/ה מראש כי ככל שיתברר במסגרת הליך החיתום עבורי ו/או עבור ילדי עד גיל 18 כי לצורך הפקת הכיסויים המבוקשים יש צורך בתנאים החיתומיים המפורטים להלן, אלו יקבעו במסגרת הפוליסה, אשר תופק לי ו/או לילדי עד גיל 18, לפי העניין:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• תוספת רפואית לדמי הביטוח בשיעור של עד 50%, עקב: <input type="checkbox"/> סרטן לקרוב משפחה מדרגה ראשונה</li> </ul> <p>*דוע לי כי החברה תהיה רשאית לקבוע תנאי חיתום אחרים ו/או להתנות את קבלתי לתכנית/ות המבוקשת/ות בתוספת רפואית גבוהה יותר מהאמור לעיל ו/או בהחרגות לכיסוי הביטוחי בגין מצבי הבריאות ובמקרה זה תשלח אליי הודעה לאישורי בתום הליך החיתום. במקרה שלא ייחתם אישור זה ויקבעו תנאים מיוחדים לביטוח, בתום הליך החיתום ישלח טופס אישור תנאים לחתימה כתנאי להפקת הפוליסה.</p>															
<div style="text-align: right;">חתימות המועמדים תאריך: ____/____/____</div> <div style="text-align: center;"> <span style="margin-right: 100px;">X</span> <span style="margin-right: 100px;">XX</span> <span>XXX</span> </div> <div style="text-align: center;"> <span style="margin-right: 100px;">חתימת המועמד הראשון</span> <span style="margin-right: 100px;">חתימת המועמד השני</span> <span>חתימת ילד מגיל 18</span> </div>															



אני/החברת/המועמד/ים מטה, המועמד/ים לביטוח, מאשר/ים בזאת בחתימתי/נו כי:

1. אני/ מבקש/ים בזה להיות מבוטח/ים לפי הצעה זו (להלן "ההצעה").
2. ידוע לי כי תשובתיי יישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו ואני מצהיר כי כל התשובות כמפורט בהצעה זו הן נכונות, מלאות וכנות ולא העלמתי דבר העלול להשפיע על החלטת המבטח לקבל את ההצעה לביטוח.
3. ידוע לי כי בהתאם להוראות החוק, תשובה בלתי מלאה וכנה עלולה לגרום לביטול הפוליסה ו/או לגרום לתגמולי ביטוח מופחתים ו/או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי ביטוח.
4.  במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, לרבות באמצעות ביצוע פניה להר הביטוח, בעצמי או לאחר שנתתי את אישורי, והוצע לי ביטוח התואם את צרכי כמו כן, נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיה ותקופה.
5. אני מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום מילוי הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על פי הפוליסה להיפגע.
6. ידוע לי כי אישורה או דחייתיה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח בכפוף להוראות הדין.
7.  במקרה בו במסגרת בירור הצרכים עולה שיש למועמד פוליסה לרווונט (השוואה וביטול של פוליסה מקורית):
8.  נמסרו לי תוצאות הליך ההתאמה
9.  במידה והנך מעוניין לבטל את הפוליסה המקורית, יש לסמן את אופן הביטול:

מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(לידיעתך – הטיפול בבקשת ההצטרפות לפוליסה חדשה בכלל ביטוח מבוצע על ידנו בנפרד מהליך ביטול הפוליסה בחברה האחרת)

9.  בהצעה לרכישת פוליסת פיצוי (מחלות קשות) - במקרה בו קיים מוצר המעניק פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה ("מוצר דומה"):

מועמד 1	מועמד 2	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

כבוונתי לרכוש את המוצר המוצע בנוסף למוצר הקיים. ידוע לי כי צירוף זה הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה למוצר הקיים בידי ו/או יגבו ממני דמי ביטוח עבור שני המוצרים.

**שימוש במידע ושמירתו, פניות שיווקיות:**

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שיגיע לידי הקבוצה בקשר אליי, ישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שיספק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים) וישמשו בין היתר לניהול, תפעול ומתן שירותים (לרבות בקווי תקשורת) בקשר למוצרים ולשירותים, לעיבוד מידע, לפילוח שיווקי, ולקיום חובות על פי דין. כן אני מאשר כי קבוצת כלל תהיה רשאית להעביר את המידע גם לסוכן הביטוח ולגורמים הפועלים עבור הקבוצה או מטעמה.

אני מאשר כי החברה תפנה אלי, לצורך הצעת מוצרים ושירותים שונים, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע בכל עת כי אינני רוצה לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

אני מוכן לאשר.

**חתימת המועמדים:**

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד הראשון \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ חתימה

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד השני \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ חתימה

תאריך \_\_\_\_\_ שם ילד מגיל 18 \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ חתימה

**ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח**

רשות שוק ההון הקימה את אתר "הר הביטוח", אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לצפות במרכז בכל מוצרי הביטוח שלך, בכל חברות הביטוח בישראל, וזאת על בסיס נתונים שאנו מעבירים אליהם.

ככל שאינך מעוניין/ת שנעביר נתונים אלה, לאחר הפקת הפוליסה, עליך ליצור עמנו קשר באמצעות מוקד שירות הלקוחות בטלפון שמספרו \*5454. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לצפות במרכז בכל מוצרי הביטוח שברשותך, בכל חברות הביטוח בישראל, המופיעות באתר הר הביטוח.



1. אני החתום מטה, סוכן הביטוח, מאשר כי ביקשתי מהמועמד/ים לביטוח את כל הפרטים הנדרשים בטופס ההצטרפות ושאלתי את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידי המועמד/ים לביטוח.
2. הקראתי למועמד/ים לביטוח את ההצהרות המפורטות לעיל לרבות הצהרת הבריאות, בטופס ההצטרפות והוא/הם אישר/ו לי מפורשות כי הבין/נו את משמעות ההצהרות וכי הוא/הם מסכים/ים לאמור בהן.
3. במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח, לרבות באמצעות פניה להר הביטוח לאחר קבלת אישור או קבלת המידע מהמועמד/ים לביטוח לאחר שפנה/ו בעצמו להר הביטוח בהתאם להצהרתו/ם למעלה והצעתי לו/להם ביטוח התואם את צרכיו/הם והצגתי בפניו/הם עותק מתוצאות תהליך ההתאמה במידה ונדרש.
4. **במידה ורכש המועמד לביטוח מוצר המעניק פיצוי (מחלות קשות) - הסברתי למועמד כי במידה וקיים בידו מוצר המעניק פיצוי ("מוצר דומה"),** הצירוף הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה ויגבו ממנו דמי ביטוח עבור שני המוצרים.
5. **במידה והמועמד מעוניין לבטל את המוצר הקיים - הסברתי למועמד כי ניתן לבצע את הביטול באופן עצמאי מול חברת הביטוח המקורית או באמצעותי** או באמצעות כלל ביטוח.
6. הסברתי למועמד/ים לביטוח את פרטי התכנית, התנאים והסייגים והצגתי לו/להם את הגילוי הנאות.
7. מסרתי למועמד/ים מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיה ותקופה.

תאריך \_\_\_\_\_ שם הסוכן \_\_\_\_\_  
 מספר הסוכן \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן \_\_\_\_\_



1300



פרטי משלם אחר – במקרה בו הגורם המשלם אינו אחד המועמדים לביטוח, המבוטחים בפוליסה או בעל הפוליסה

שם המשלם:	ת.ז.	תאריך לידה:	מ.י. □ □ □ □ □ □
	זיקה למועמד לביטוח:		
<input checked="" type="checkbox"/> אישורו של בעל אמצעי התשלום, חתימת בעל אמצעי התשלום			

1. פרטי כרטיס אשראי (תשלום חודשי)

סוג הכרטיס:	שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות
<input type="checkbox"/> כאל <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> אחר	מספר כרטיס אשראי	תוקף הכרטיס
רחוב	מספר	יישוב
מיקוד		
אני הח"מ נותן בזאת לכלל חברה לביטוח בע"מ הרשאה לחייב את כרטיס האשראי הנ"ל או כל כרטיס אחר שיופק במקומו ויישא מספר אחר, בגין דמי ביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח שביני/בין _____ לבין כלל חברה לביטוח בע"מ.		
<input type="checkbox"/> אני, המבוטח בעל אמצעי התשלום, נותן הסכמתי לשימוש עתידי באמצעי התשלום הנ"ל לצורך רכישת כיוויים נוספים למבוטחים בפוליסה וכן לרכישת ביטוחים נוספים על שמי בכלל חברה לביטוח בע"מ.		
חתימת בעל הכרטיס <input checked="" type="checkbox"/> תאריך _____		

2. בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

מספר חשבון בנק	סניף	סוג חשבון	בנק
קוד מוסד (המוטב) 628		אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	
שם המוסד (המוטב): כלל חברה לביטוח בע"מ			
אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.			

לכבוד: בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ (הבנק) כתובת הסניף \_\_\_\_\_

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.  
 או-  
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:  
 תקרת סכום החיוב - \_\_\_\_\_ ₪.  
 מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אני הח"מ \_\_\_\_\_ מס' זהות/ח.פ. \_\_\_\_\_ (הלקוחות) שם בעל/י החשבון המופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיוצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו), וזאת בגין חיובים על פי חוזה ביטוח.

2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:  
 א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.  
 ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק ולכלל חברה לביטוח בע"מ שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.  
 ג. נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.  
 ד. נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.  
 ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.  
 ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.  
 ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.  
 ח. הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.

3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.  
 4. ידוע לי כי קביעת הגבלות כלשהן בהרשאה זו לחיוב חשבון, הינה הוראה כלפי הבנק ולפיכך מחייבת ביחסי הבנק ולקוחותיו בלבד. יובהר כי אין באמור לעיל כדי לחייב את המוטב לקבל הרשאה לחיוב חשבון הכוללת הגבלות כאמור והדבר נתון לשיקול דעתו.

אני, המבוטח בעל אמצעי התשלום, נותן הסכמתי לשימוש עתידי באמצעי התשלום הנ"ל לצורך רכישת כיוויים נוספים למבוטחים בפוליסה וכן לרכישת ביטוחים נוספים על שמי בכלל חברה לביטוח בע"מ.

**פרטי ההרשאה - סכום החיוב ומועדו יקבע מעת לעת ע"י כלל חברה לביטוח בע"מ**

5. אימות זיהוי לקוח ע"י הסוכן:  
 הנני מאשר/ת בזה כי ביום \_\_\_\_\_ הופיע בפני הלקוח \_\_\_\_\_, כי זיהיתי את הלקוח באמצעות ת.ז./רשיון נהיגה, כי וידאתי שהלקוח הינו בעל חשבון הבנק המפורט לעיל וכי הלקוח חתם על מסך זה בפני.  
 תאריך \_\_\_\_\_ שם הסוכן/נת \_\_\_\_\_ מספר הסוכן/נת \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן/נת  וחתימת הסוכנות \_\_\_\_\_

\*ככל ומסמך זה לא נחתם בפני סוכן/נת יש לצרף לטופס צילום תעודת זהות או רישיון נהיגה של הלקוח.  
 חתימת הלקוחות: \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הלקוחות



לתשומת לבך - הגורם המשלם בפוליסה הוא שרשי לצפות במידע אודות ביטוחים של קטין ב"הר הביטוח". בהתאם, כל שינוי בזהות הגורם המשלם יביא לשינוי בהרשאת הצפייה האמורה.

## טופס ביטול פוליסה בחברה אחרת

### עבור חברת הביטוח:

הראל  מגדל  הפניקס  מנורה  
 אילון  הכשרה  ביטוח ישיר 555  AIG

אני \_\_\_\_\_ (שם מלא), תעודת זהות \_\_\_\_\_ ,  
ובני משפחתי אלה (קטינים בלבד):

1. \_\_\_\_\_ (שם ומספר תעודת זהות)
2. \_\_\_\_\_ (שם ומספר תעודת זהות)
3. \_\_\_\_\_ (שם ומספר תעודת זהות)

מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח \_\_\_\_\_ הקיימת בחברתכם החל מיום \_\_\_\_\_ .  
אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל \_\_\_\_\_ .

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח

