



נמרוד אורן המרכז לביטוח קולקטיבי עובדי טבע טק

תאריך: ____/____/____

לכבוד
הראל חברה לביטוח
מחלקת ביטוח חיים
באמצעות הסוכן נמרוד אורן

הנדון: ביטול פוליסה מס': _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____

[] אבקש לבטל את הפוליסה לאובדן כושר לעבודה החל מ: ____/____/____

[] נא לעצור תהליך הנפקת הפוליסה עבורי ולבטל את הצעת הביטוח שהועברה אליכם.

[] נא לשנות את סכומי הביטוח לסכום של _____ ש"ח מתאריך ____/____/____

[] נא להוסיף כיסוי ביטוח נוסף מסוג _____ סכום ביטוח _____

[] מצורפת בזאת הצהרת בריאות מעודכנת.

[] נא לשנות את עיסוקי/מקצועי ל- _____

[] הערות: _____

הערה: למען הסר ספק ידוע לי שהשינויים הנדרשים יכנסו לתוקף רק לאחר אישור בכתב מחברת הביטוח "הראל"

תעודת זיהוי

בכבוד רב

כתובת:

רחוב יאיר 43 באר שבע

טלפון רב קווי: 08-6278241 פקס: 08-6654605

www.lcc-ins.co.il

lccins@gmail.com