



# נמרוד אורן המרכז לביטוח קולקטיבי עובדי טבע טק

תאריך: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

לכבוד  
כלל 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 "כלל"

תעודת זיהוי

בכבוד רב

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

כתובת:  
רחוב יאיר 43 באר שבע  
טלפון רב קווי: 08-6278241 פקס: 08-6654605  
[www.lcc-ins.co.il](http://www.lcc-ins.co.il)  
[lccins@gmail.com](mailto:lccins@gmail.com)