



בקשה לביטול / סילוק פוליסת ביטוח חיים / קרן פנסיה

פרטי סוכן/יועץ

שם סוכן/יועץ	מס' סוכן/יועץ	מס' פוליסה
--------------	---------------	------------

פרטי המבוטח

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מין	תאריך לידה	טלפון	נייד
כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.	מיקוד	דואר אלקטרוני

לתשומת ליבך, פרטי ההתקשרות שציינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס

הצהרות

- אני החתום מטה, מבקש לבצע ביטול/סילוק, בפוליסת הביטוח הרשומה/ות לעיל.
- ידוע לי כי סילוק מלא/ביטול יגרום לביטול הכיסויים הביטוחיים בפוליסה / בקרן הפנסיה וכי ביטול פוליסה יגרום לביטולה על כל נספחיה ותנאיה לרבות הפסקת ארכת הביטוח כמפורט בסעיף 18 לתקנון קרן הפנסיה.
- אני מגיש את בקשתי שבנדון לאחר שהבנתי את ההשלכות שיש לכך עלי ועל משפחתי.

תאריך	שם פרטי של המבוטח	שם משפחה של המבוטח	ת.ז.	חתימת המבוטח
תאריך	שם פרטי של בעל הפוליסה	שם משפחה של בעל הפוליסה	ת.ז.	חתימת בעל הפוליסה

לידיעתך,

- על מנת להמשיך הפקדות בהסדר ריסק זמני יש למלא טופס בקשה לריסק זמני
- על מנת להמשיך ולהפקיד כשכיר באמצעות מעסיק חדש יש למלא טופס קבלת בעלות ושינויים ביטוח מנהלים/ קרן פנסיה
- על מנת למשוך את ערך הפדיון יש למלא טופס בקשה לפדיון