



בקשה לביטול/הקטנת כיסוי סכום ביטוח למקרה מוות או כיסויים ביטוחיים נוספים
תגמולים לעצמאיים / מנהלים

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

הצהרות				
1. אני החתום מטה, מבקש לבצע ביטול/הקטנת סכום הביטוח, בפוליסת הביטוח הרשומה/ות לעיל.				
2. ידוע לי כי בעקבות ביטול/הקטנה יבטל/יוקטן הכיסוי הביטוחי בפוליסה.				
3. 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

קוד מסמך	ביטול / הקטנה	כיסוי ביטוחי	
3015	פוליסה מס' _____ ביטול הכיסוי הקטנה סכום הביטוח ל ש"ח _____	○ סכום ביטוח למקרה מוות ○ הכנסה למשפחה	פוליסת מנהלים / תגמולים לעצמאיים
3014	פוליסה מס' _____ ביטול הכיסוי הקטנה סכום הביטוח ל ש"ח _____	○ מוות מתאונה ○ נכות מתאונה	כיסויים נוספים
3016	פוליסה מס' _____ ביטול הכיסוי הקטנה סכום הפיצוי ל ש"ח _____ מנהלים - הקטנת שעור הכיסוי ל % _____	○ כיסוי לפיצוי חודשי במצב של אובדן כושר עבודה כולל ביטול כיסוי שחרור מתשלום פרמיות במצב של אובדן כושר עבודה* ○ כיסוי אובדן כושר עבודה בלבד והשאת רכיב השחרור מתשלום הפרמיה *ידוע לי כי אם אבחר בביטול הכיסוי לאובדן כושר עבודה כולל ביטול הכיסוי לשחרור, לא אקבל כל תשלום במקרה של אובדן כושר עבודה וידוע לי כי הפוליסה לא תשוחרר מתשלום הפרמיה	
3052	פוליסה מס' _____	○ ביטול ריסק זמני	

סיבת ביטול/הקטנה הכיסוי - אנא סמן V במשבצת אחת או יותר מימין	
○	עלות הכסוי
○	אין צורך ביטוחי
○	כפל ביטוחי
○	מעבר לפוליסה אחרת בהפניקס
○	רכישת הכיסוי בחברה אחרת
○	אכזבה מהשירות
○	אחר, פרט: _____