



לכבוד:
 הכשרה חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הכשרה")
 האגף לביטוח חיים ופיננסים

הנדון: בקשה לסילוק פוליסה מספר _____ על שמי

הריני מבקש בזאת לסלק את הפוליסה וזאת החל מיום ____/____/____.

ידוע לי כי עקב סילוק מלא של הפוליסה, כל הכיסויים הביטוחיים הקיימים בפוליסה יתבטלו ולחברה לא תהא כל חבות בגינן.

ידוע לי כי במידה ואבקש בעתיד לחדש את הכיסויים שבוטלו, תידרש הסכמה של הכשרה וחידוש הפוליסה יתאפ שר בפוליסה קיימת או בפתיחת פוליסה חדשה, בכפוף לתהליך מחודש של הוכחת מצבי הבריאותי ובתנאים שיהיו נהוגים בהכשרה ביום החידוש.

על החתום:

_____ X
 חתימה שם מלא תאריך

מצ"ב צילום ת"ז כולל ספח - אם מדובר בתעודת הזהות ביומטרית, יש לצלם את שני הצדדים.

טופס בקשה זה יש לשלוח לכתובת המייל הבאה: scan-life@hcsra-ins.co.il



^dt3253

***3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il