

תאריך: _____

לכבוד

"כלל" ביטוח

ע"י אלי ארליך

כתובת מייל: gimlaim@mvs.co.il

מספר פקס: 03-7976100

א.ג.נ.,

הנדון: בקשה לביטול מלא או חלקי

ביטוח סיעודי – קולקטיב גימלאי תע"א

בתוקף לביצוע רטרואקטיבית מיום 1.7.2024

אני הח"מ: _____

טלפון סלולרי

ת.זהות

שם ומשפחה

מורה לכם בזאת:

1. לבטל מנה אחת מהביטוח שלי במסלול פיצוי סיעודי ל – 36 חודש
2. לבטל מנה אחת מהביטוח שלי במסלול פיצוי סיעודי ל – 60 חודש
3. לבטל מנה אחת מהביטוח שלי במסלול פיצוי סיעודי – המתנה 36 חודש
4. לבטל מנה אחת מהביטוח שלי במסלול פיצוי סיעודי – המתנה 60 חודש
5. לבטל את כל הביטוח שלי במסלול המתנה 36 חודש
6. לבטל את כל הביטוח שלי במסלול המתנה 60 חודש

אני בוחר בסעיף _____ לעייל בחתימתי זו.

הנל מיום 1.7.2024

ידוע לי שמכתב שיתקבל במשרדכם אחרי 10.9.24 לא יכובד.

בכבוד רב,

חתימה

שם ומשפחה