



תאריך: _____

לכבוד: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

בקשה לביטול פוליסה / כיסוי בפוליסה
מוצרי ביטוח חיים/בריאות/משכנתא

פרטי המבוטחים	מספר ת.ז.ח.פ	שם מלא/שם העסק	מספר טלפון נייד
מבוטח ראשי/בעל הפוליסה			
מבוטח משני			
כתובת (ישוב, רחוב, מספר בית, מיקוד)		כתובת דואר אלקטרוני	

אני מבקש לבטל את הפוליסות המפורטות מטה:

למילוי ע"י מבוטח ראשי/בעל הפוליסה בלבד

תאריך כניסת הביטול לתוקף (לא יאוחר מה-1 לחודש העוקב לחודש נוכחי)	פרטי הפוליסה (מספר הפוליסה)

יש למלא טבלה זו רק אם המבוטח הינו מבוטח ראשי/בעל הפוליסה ומעוניין לבטל את הפוליסה במלואה עבור כל מבוטחים וכל הכיסויים בפוליסה. בביטול פוליסת משכנתא, יש לצרף את אישור הבנק להסרת שיעבוד. אנא סמן האם צורף אישור הבנק? : צורף לא צורף. ללא קבלת אישור זה, הפוליסה תבוטל לאחר 30 ימים על פי תנאיה.

אני מבקש לבטל את הנספחים/כיסויים המפורטים מטה:

פרטי הפוליסה (מספר הפוליסה)	פרטי הנספחים/ כיסויים לביטול	מספר ת.ז. המבוטח עבורו מתבקש הביטול	תאריך כניסת הביטול לתוקף (לא יאוחר מה-1 לחודש העוקב לחודש נוכחי)

יש למלא טבלה זו רק אם המבוטח מבקש לבטל נספח/כיסוי מסוים בפוליסה ולא את הפוליסה במלואה.

שם מלא	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה