



בקשת ביטול שב"ן / ביטוחים

1 פרטים אישיים	
שם המבקש	תעודת זהות המבקש

2 פרטי הבקשה	
<p>הנני מבקש לבטל את חברותי ב: <input type="checkbox"/> שב"ן (לאומית כסף/זהב) <input type="checkbox"/> ביטוח "לאומית סיעוד".</p> <p>1. ידוע לי כי מרגע ביטול החברות לא אהיה זכאי לשירותים הרפואיים הניתנים במסגרת השב"ן ולא אקבל כיסוי במסגרת הפוליסה הסיעודית.</p> <p>2. ידוע לי כי הצטרפות מחודשת לשב"ן כרוכה בתקופות המתנה של עד 24 חודשים, וכי הצטרפות מחודשת לביטוח הסיעודי כרוכה במילוי הצהרת בריאות חדשה ואפשרית עד גיל 70 בלבד.</p> <p>הערות:</p> <ul style="list-style-type: none"> • לידיעתך, הביטול יתבצע החל מהחודש העוקב. • יש לוודא לאחר יום עבודה מול שירות הלקוחות שהבקשה התקבלה. 	
ביטול חברות בני משפחה נוספים (בן זוג / ילדים עד גיל 18)	
שם המבקש	תעודת זהות המבקש

3 פרטי קשר וחתימה		
טלפון ליצירת קשר	תאריך	חתימה
		_____*

*לידיעתך, הביטול יתבצע מהחודש העוקב.
 את הטפסים יש לשלוח בפקס למחלקת קשרי לקוחות: 04-8148504.
 יש לוודא הגעת הטפסים התקינים לאחר יום עבודה במוקד שירות הלקוחות 1-700-507-507