בקשת ביטול שב"ן / ביטוחים

1. פרטי הבקשה

הנני מבקש לבטל את חברותי ב: ☐**שב"ן (לאומית כסף/ זהב)** ☐**ביטוח "לאומית סיעוד".**

1.ידוע לי כי מרגע ביטול החברות לא אהיה זכאי לשירותים הרפואיים הניתנים במסגרת השב"ן ולא אקבל כיסוי במסגרת הפוליסה הסיעודית.

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 ואישור המבטח.

ביטול חברות למבוטחים הבאים:

שם	תעודת זהות	חתימה (מבוטחים מעל גיל 20)

2. פרטי מעביר הבקשה

שם	משפחה	תעודת זהות המבקש
טלפון	**חתימה**	**תאריך**
	x _____	

***לידיעתך, הביטול יתבצע מהחודש העוקב.**

את הטפסים יש לשלוח למחלקת קשרי לקוחות לפקס: 04-8148504 או למייל: Production@leumit.co.il

יש לוודא הגעת הטפסים התקינים לאחר יום עבודה במוקד שירות הלקוחות 1-700-507-507