

בקשה לביטול פוליסה

פרטי המבוטח				
מספר ת.ח.פ.*	שם מלא/ שם בית העסק*		מספר טלפון	מספר טלפון נייד
ישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד	ת.ד.
כתובת דואר אלקטרוני				

* חובה למלא

אני מבקש לבטל את פוליסות הביטוח הבאות:

פרטי הפוליסה לביטול	מספר רכב (אם רלוונטי)	תאריך כניסת הביטול לתוקף

אני מבקש לבטל את הנספחים הבאים:**

פרטי הפוליסה	מספר הנספחים לביטול	תאריך כניסת הביטול לתוקף

** יש למלא רק אם המבוטח מבקש לבטל נספח/ים מסויים/ים שבפוליסה ולא את הפוליסה במלואה.

שם מלא	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה