



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

* חובה למלא

אני מבקש/ת לבטל את פוליסות הביטוח הבאות :

תאריך כניסת הביטול לתוקף	מספר רכב (אם רלוונטי)	פרטי הפוליסה לביטול	
		סוג הביטוח לדוגמא: רכב / דירה / ניתוחים / סיעוד ביטוח חיים / אובדן כושר וכו'.	מספר פוליסה

לביטול פוליסה ע"ש בני משפחה קטינים, יש למלא טופס בקשה נפרד בגין כל קטין, ומשלם הפוליסה נדרש לחתום על הבקשה.

אני מבקש/ת לבטל את הנספחים הבאים ** :

תאריך כניסת הביטול לתוקף	פרטי הנספחים לביטול	פרטי הפוליסה	
		סוג הביטוח לדוגמא: רכב / דירה / ניתוחים / סיעוד ביטוח חיים / אובדן כושר וכו'.	מספר פוליסה

** יש למלא רק אם המבוטח/ת מבקש/ת לבטל נספחים מסוימים שבפוליסה, ולא את הפוליסה במלואה.

שם מלא	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה

* נא לצרף למייל העתק/צילום תעודת זהות

