



# בקשה לביטול פוליסה

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	מספר פוליסה
		לדוגמא: רכב / דירה / ניתוחים / סיעוד ביטוח חיים / אובדן כושר וכו'.	

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

## אני מבקש/ת לבטל את הנוספחים הבאים \*\* :

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

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

לבקשת ביטול פוליסה עם שני מבוטחים - יש להגיש טופס חתום על ידי שניהם				
מבוטח ראשון	שם מלא	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה
מבוטח שני	שם מלא	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה

\* יש לצרף לבקשה צילום תעודת זהות עדכנית של כל אחד מהמבוטחים בגינם התבקש הביטול.

