

**בקשה לביטול פוליסה מסוג רכב/דירה/עסקים/תאונות אישיות**

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

\* חובה למלא

אני מבקש לבטל את הפוליסות הבאות:

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

שם מלא	מספר ת.ז.	תאריך	חתימת בעל הפוליסה