

בקשה לביטול פוליסה

פרטי המבוטח/ת			
מספר תעודת זהות / ח.פ. *		שם משפחה *	
שם פרטי / שם החברה *			
מיקוד	ישוב	מספר	רחוב
כתובת דואר אלקטרוני *			

* חובה למלא

אני מבקש/ת לבטל את פוליסות הביטוח הבאות:		
תאריך כניסת הביטול לתוקף	מספר רכב (אם רלוונטי)	פרטי הפוליסה לביטול

אני מבקש/ת לבטל את הנספחים הבאים **:		
תאריך כניסת הביטול לתוקף	פרטי הנספח לביטול	פרטי הפוליסה

** יש למלא רק אם המבוטח מבקש לבטל נספחים מסויימים שבפוליסה ולא את הפוליסה במלואה.

חתימת המבוטח/ת			
חתימה *	מספר תעודת זהות	שם המבוטח/ת	תאריך

08/2022