

בקשה לביטול פוליסה

פרטי המבוטח

מספר ת.ז.ח.פ.*	שם מלא/שם בית העסק*	מספר טלפון	מספר טלפון נייד

*חובה למלא

יישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד	ת.ד.

כתובת דואר אלקטרוני

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	פרטי הנספחים לביטול	תאריך כניסת הביטול לתוקף

** יש למלא רק אם המבוטח מבקש לבטל נספחים/מסויים/שכפוליסה ולא את הפוליסה במלואה.

שם מלא	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה*