

בקשה לביטול פוליסה

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

*חובה למלא

אני מבקש לבטל את פוליסות הביטוח הבאות:

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

אני מבקש לבטל את הנספחים הבאים:**

תאריך כניסת הביטול לתוקף	פרטי הנספחים לביטול	פרטי הפוליסה

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

שם מלא	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה