

בקשה לביטול פוליסה

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

* חובה למלא

אני/ו מבקש/ים לבטל את פוליסות הביטוח הבאות:

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

אני/ו מבקש/ים לבטל את הנספחים הבאים:**:

תאריך כניסת הביטול לתוקף	פרטי הנספחים לביטול	פרטי הפוליסה

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

שם מלא	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה ¹

¹ לא תידרש חתימה בהודעת ביטול דרך טופס ממוחשב שבחשבון האישי המקוון.