

# נספח א' בקשה לביטול פוליסה

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

\* חובה למלא

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 מסוימים שבפוליסה ולא את הפוליסה במלואה.

שם מלא	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה <sup>1</sup>

<sup>1</sup> לא תידרש חתימה בהודעת ביטול דרך טופס ממוחשב שבחשבוני האישי המקוון