

בקשה לביטול פוליסה

פרטי המבוטח				
מספר ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
ישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד	ת.ד.
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 מסוימים שבפוליסה ולא את הפוליסה במלואה.

שם מלא	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה

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