

נספח א' בקשה לביטול פוליסה

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

* חובה למלא

אני מבקש לבטל את פוליסות הביטוח הבאות:			
פרטי הפוליסה לביטול	סיבה לביטול פוליסה	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 ¹

¹ לא תידרש חתימה בהודעת ביטול דרך טופס ממוחשב שבחשבוני האישי המקוון