

נספח א'
בקשה לביטול פוליסה

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

אני/ו מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח הבאות:		
פרטי הפוליסה לביטול	סיבה לביטול פוליסה	תאריך כניסת הביטול לתוקף

אני/ו מבקשים 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 - מבוטח ראשי	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה ¹

שם מלא - מבוטח משני	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה ¹

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