

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	ת.ד.
כתובת דואר אלקטרוני				

* חובה למלא

שימוש במידע – אני מוסיפה לכלל חברה לביטוח בע"מ מידע אישי מרצוני ובהסכמתי. לרוב אין חובה חוקית למסור את המידע, אך בלעדיו לא ניתן יהיה לקבל את השירות לגביו לא אמסור את המידע. גופים מוסדיים בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ ישתמשו במידע זה, במידע אחר שבידם ובמידע שיגיע אליהם, כבעלי שליטה, לצורך אספקת שירות, ניהול עסקים, עמידה בהוראות החוק, פיתוח עסקי (כולל שיווק ופרסום מותאם אישית), להגנה על זכויותיהם ולשימושים לגיטימיים אחרים. המידע יועבר גם לגורמים המספקים לקבוצה שירותים שונים, לסוכני ביטוח, ולגורמים אחרים לפי דין, למטרות כאמור לעיל. פירוט נוסף אודות מטרות השימוש, למי יימסר המידע, דרכי ההתקשרות עם הממונה על הגנת הפרטיות בקבוצה וזכותך לבקש לעיין במידע האישי אודותיך במאגרי המידע ולבקש לתקנו אם אינו נכון, נמצא במדיניות הפרטיות בכתובת www.clalbit.co.il (מדיניות הפרטיות - כלל ביטוח).

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 שבחשבון האישי המקוון