

בקשה לביטול פוליסה

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

*שדה חובה

אני מבקש/ת לבטל את פוליסת הביטוח שפרטיה להלן:

מספר הפוליסה/פוליסות	תאריך כניסת הביטוח לתוקף	הערות

אני מבקש/ת לבטל את הנספחים הבאים:**:

פרטי הפוליסה	פרטי הנספחים לביטול	תאריך כניסת הביטוח לתוקף

**יש למלא רק אם המבוטח/ת מבקש/ת לבטל נספחים מסוימים שבפוליסה ולא את הפוליסה במלואה

להלן שמות המבוטחים* בגינם נדרש הביטול:

שמות המבוטחים	תאריך כניסת הביטוח לתוקף

*מבוטחים מעל גיל 18 חייבים בבקשת ביטול עצמאית ונפרדת

שם מלא	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה