

בקשה לביטול פוליסה

פרטי המבוטח/ים										
מספר טלפון נייד	מספר טלפון נייד	שם מלא / שם בית העסק*			מספר זהות/ח.פ.*					
										מבוטח ראשי
										מבוטח משני
ת"ד:	מיקוד:	מס' דירה:	מס' בית:	רחוב:					ישוב:	
כתובת דוא"ל:										

* חובה למלא

אני/ו מבקשים לבטל את פוליסות הביטוח הבאות:

תאריך כניסת הביטוח לתוקף	מספר רכב (לביטול פוליסת רכב)	פרטי הפוליסה לביטול

אני/ו מבקשים לבטל את הנספחים הבאים:**

תאריך כניסת הביטוח לתוקף	פרטי הנספחים לביטול	פרטי הפוליסה

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

חתימת המבוטח/ים אשר מבקשים לבטל את הפוליסה:

חתימה	תאריך	מספר זהות	שם מלא
			מבוטח ראשי
			מבוטח משני
			ילד מעל גיל 18

10/2019



dt2055

קוד מסמך 2055