

בקשה לביטול פוליסה

פרטי המבוטח				
מספר ת.ח.פ.	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון	טלפון נייד
עיר	רחוב	ת.ד.	מספר בית	מיקוד
כתובת דואר אלקטרוני			@	

פוליסות לביטוח	
שם פוליסה או סוג הכיסוי הביטוחי	מספר פוליסה

<u>הצהרת המבוטח:</u>			
1. אני החתום מטה, מבקש לבטל את פוליסות הביטוח הרשומות לעיל.			
2. ידוע לי כי בעקבות בקשתי יבוטלו כל הכיסויים הביטוחיים בפוליסות אלו			
שם המבוטח	מספר ת.ח.פ.	תאריך	חתימת המבוטח וחותמת חברה

את הטופס בצרוף מסמכים דרושים לביטול (תעודת חובה מקורית, אישור הסרת שיעבוד) יש להעביר לסוכן הביטוח.