

**בקשה לביטול פוליסה מסוג רכב/דירה/עסקים/תאונות אישיות**

| פרטי המבוטח     |          |                     |          |            |
|-----------------|----------|---------------------|----------|------------|
| מספר ת.ז./פ.*   |          | שם מלא/שם בית העסק* |          | מספר טלפון |
|                 |          |                     |          |            |
| מספר טלפון נייד | מספר בית |                     | מיקוד    | ת.ד.       |
|                 |          |                     |          |            |
| כתובת דואר      |          |                     | אלקטרוני |            |
|                 |          |                     |          |            |

\* חובה למלא

אני מבקש לבטל את הפוליסות הבאות:

| תאריך כניסת הביטול לתוקף | מספר רכב (אם רלוונטי) | פרטי הפוליסה לביטול<br>(מספר הפוליסה) |
|--------------------------|-----------------------|---------------------------------------|
|                          |                       |                                       |
|                          |                       |                                       |
|                          |                       |                                       |

| שם מלא | מספר ת.ז. | תאריך | חתימת בעל הפוליסה |
|--------|-----------|-------|-------------------|
|        |           |       |                   |