

**בקשה לביטול פוליסה**

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

\* חובה למלא

אני מבקש לבטל את פוליסות הביטוח הבאות:

תאריך כניסת הביטול לתוקף	מספר רכב (אם רלוונטי)	פרטי הפוליסה לביטול

תשומת לבך, לאחר ביטול פוליסה מסוג ביטוח חובה, לא תהיה רשאי עוד לעשות שימוש בתעודה הדיגיטלית המצויה ברשותך ו/או להעבירה לאחר, ותוקפה יפוג עם רישום תאריך הביטול במערכות החברה (בחצות), המהווה ראייה מסוג רשומה מוסדית לביטול התעודה.

שם מלא	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה <sup>1</sup>

<sup>1</sup> לא תידרש חתימה בהודעת ביטול דרך טופס ממוחשב שבחשבון האישי המקוון.