

תאריך: 02/08/2020

בקשה לביטול פוליסה

| פרטי המבוטח | | | | |
|---------------------|----------------------|------------|-----------------|------|
| מספר ת.ז./ח.פ.* | שם מלא/ שם בית העסק* | מספר טלפון | מספר טלפון נייד | |
| 305790958 | גיא קינן | 052626234 | 052626234 | |
| ישוב | רחוב | מספר בית | מיקוד | ד.א. |
| ראשון לציון | לוי מיקאל | 18 | 75380 | |
| כתובת דואר אלקטרוני | | | | |

* חובה למלא

אני מבקש לבטל את פוליסת הביטוח הבאות:

| פרטי הפוליסה לביטול | מספר רכב (אם רלוונטי) | תאריך כניסת הביטול לתוקף |
|---------------------|-----------------------|--------------------------|
| ביטוח צד ג': | 6059169 | 02/08/2020 |
| 3010020000083800 | | |
| ביטוח חובה: | | |


10000200001388

אני מבקש לבטל את הנספחים הבאים:**

| פרטי הפוליסה | פרטי הנספחים לביטול | תאריך כניסת הביטול לתוקף |
|--------------|---------------------|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

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

ככל שיש בידי הח"מ תעודת חובה, אני מתחייב, שעם מסירת הבקשה לחברה, אדאג להשמדה פיזית של התעודה ו/או כל העתק שלה, ככל שקיימים בידי, ולא אעשה בה (או בכל העתק שלה) כל שימוש, לרבות העברתה לצד ג' כלשהו, בתמורה או שלא בתמורה, לשם מיצוי זכויות הנובעות מהחזקת התעודה ו/או מכיסוי ביטוחי תקף. כמו כן אני מתחייב/ת שלא להציג מצג כלפי צד ג' כלשהו, לפיו הכיסוי הביטוחי עודנו בתוקף.

| שם מלא | מספר ת.ז. | תאריך | חתימה |
|----------|-----------|------------|---|
| גיא קינן | 305790958 | 02/08/2020 |  |