

בקשה לביטול פוליסה

פרטי המבוטח			
מספר ת.ז./ח.פ.*	שם מלא/ שם בית העסק*	מספר טלפון	מספר טלפון נייד*
212674303	יעל עג'מי	0556722091	0556722091
ישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד
פתח תקוה	כצנלסון ברל	3	49416
כתובת דואר אלקטרוני*		y0556722091@gmail.com	

\* חובה למלא

אני מבקש/ת לבטל את פוליסות הביטוח הבאות:

פרטי הפוליסה לביטול	מספר רכב (אם רלוונטי)	תאריך כניסת הביטול לתוקף
1000024006974300	2594313	24/12/2024

חובה למלא חלק זה ככל שהבקשה כוללת ביטול ביטוח רכב חובה :

לקריאת תנאי הפוליסה לביטוח רכב חובה ותנאי ביטול פוליסה לביטוח חובה ראה סעיף 15- לחץ כאן	
אני מצהיר/ה בזאת כי הרכב נמצא בבעלותי או בחזקתי. ידוע לי כי ביטול הפוליסה ייכנס לתוקפו במועד מתן הודעה זו לחברה.	
אני מצהיר/ה בזאת כי הרכב אינו בבעלותי או בחזקתי. להלן פרטי המחזיק ברכב: (חובה למלא באופן מלא ומדויק) שם פרטי + שם משפחה ישראל מאיר עגמי טלפון נייד - 32803374 - 05	<p><b>*לתשומת ליבך!</b> ככל שהרכב אינו בבעלותך או בחזקתך, לצורך ביטול הפוליסה יש לצרף את המסמכים על פי אחד משלושת אלו:</p> <p>מצ"ב העתק תיעוד מסירת הודעה למחזיק הרכב על ביטול הפוליסה. ידוע לי כי ביטול הפוליסה ייכנס לתוקפו בתוך 3 ימי עבודה מיום מסירת ההודעה לחברה. מצ"ב העתק תיעוד על מסירת הודעה למחזיק ברכב על ביטול הפוליסה והעתק תגובת המחזיק ברכב לפיה אישר שיש לו פוליסה אחרת. ידוע לי כי ביטול הפוליסה ייכנס לתוקף במועד מתן הודעת הביטול לחברה. מצ"ב תעודת ביטוח רכב חובה בתוקף מחברה אחרת, המעידה כי הרכב בוטח בפוליסת ביטוח רכב חובה אחרת. ידוע לי כי ביטול הפוליסה ייכנס לתוקפו במועד מתן הודעת הביטול או הנפקת הפוליסה האחרת, המאוחר מביניהם.</p>

אני מבקש/ת לבטל את הנספחים הבאים:\*\*

פרטי הפוליסה	פרטי הנספחים לביטול	תאריך כניסת הביטול לתוקף

\*\*יש למלא רק אם המבוטח/ת מבקש/ת לבטל נספח/ים מסויים/ים שבפוליסה ולא את הפוליסה במלואה.

שם מלא	מספר ת.ז.	תאריך	חתימת המבוטח/ת***
יעל עג'מי	212674303	13/01/2025	

\*\*\*יש לשלוח את הטופס למייל policy@we-sure.co.il.

במילוי טופס באופן דיגיטלי:

אישור המבוטח/ת

בסימון התיבה הנך מאשר/ת את כל האמור בטופס זה.

שלח/י את הטופס למחלקת שירות