

בקשה לביטול פוליסה

פרטי המבוטח				
מספר ת.ז. / ח.פ.*	שם מלא/ שם בית העסק*	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	
028793339	זנ'אין	הכסר	054-8040040	02-9993029
ישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד	ת.ד.
קי-של	רח קצא	13		
כתובת דואר אלקטרוני				

*חובה למלא

אני מבקש לבטל את פוליסות הביטוח הבאות:

פרטי הפוליסה לביטול	מספר רכב (אם רלוונטי)	תאריך כניסת הביטול לתוקף
521568100		27.04.2025
469544700		27.04.2025

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.

שם מלא	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה
זנ'אין הכסר	028793339	25.4.2025	