

1 עבור חברת הביטוח

אני הח"מ, ובני משפחתי אלו (קטינים):

2 פרטי המבוטח

שם מלא	ת.ז.
קטין 1	
שם מלא	ת.ז.
קטין 2	
שם מלא	ת.ז.
קטין 3	
שם מלא	ת.ז.

3 מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח הקיימת בחברתכם:

מספר פוליסה	החל מיום (בחר תאריך)
-------------	-------------------------

4 אודה לקבלת אישור למייל זה:

5 תאריך

(בחר תאריך)

6 חתימת מבוטח

7 שליחת הטופס

בכדי שמוכל לטפל בבקשתך לביטול הפוליסה בחברה הקודמת, אנא שלחו טופס זה (לאחר מילוי כל הפרטים הנדרשים).
ככל והטופס לא נשלח באמצעות כפתור השליחה ניתן לשלוח אותו לדוא"ל שכתובתו: Cancellation@we-sure.co.il