



בקשה לביטול פוליסה

תאריך: ____/____/____

פרטי המבוטח:

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

* חובה למלא

אני מבקש/ת לבטל את פוליסות הביטוח הבאות:

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

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	
<input type="checkbox"/>	אני מצהיר/ה בזאת כי הרכב נמצא בבעלותי או בחזקתי. ידוע לי כי ביטול הפוליסה ייכנס לתוקפו במועד נותן הודעה זו לחברה.
<input type="checkbox"/>	אני מצהיר/ה בזאת כי הרכב אינו בעלותי או בחזקתי. להלן פרטי המחזיק ברכב: (חובה למלא באופן מלא ומדויק) שם פרטי + שם משפחה טלפון נייד: _____ - 05_____
<input type="checkbox"/>	* לתשומת ליבך! ככל שהרכב אינו בבעלותך או בחזקתך, לצורך ביטול הפוליסה יש לצרף את המסמכים על פי אחד משלושת אלו:
<input type="checkbox"/>	מצ"ב העתק תיעוד מסירת הודעה למחזיק הרכב על ביטול הפוליסה.
<input type="checkbox"/>	ידוע לי כי ביטול הפוליסה ייכנס לתוקפו בתוך 3 ימי עבודה מיום מסירת הודעה לחברה. מצ"ב העתק תיעוד על מסירת הודעה למחזיק ברכב על ביטול הפוליסה והעתק תגובת המחזיק ברכב לפיה אישר שיש לו פוליסה אחרת.
<input type="checkbox"/>	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 מביני

אני מבקש/ת לבטל את הניספחים הבאים:**

תאריך כניסת הביטול לתוקף	פרטי הנספחים לביטול	פרטי הפוליסה

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

שם מלא	מספר ת.ז.	תאריך	חתימת המבוטח/ת***

** יש לשלוח את הטופס למייל: ovm@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