

בקשה לביטול פוליסה

פרטי המבוטח			
מספר ת.ז./ח.פ.*	שם מלא/ שם בית העסק*	מספר טלפון	מספר טלפון נייד*
ישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד
			ת.ד.
כתובת דואר אלקטרוני*			

* חובה למלא

אני מבקש/ת לבטל את פוליסות הביטוח הבאות:

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

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 מתן 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: מצי"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. מצי"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. מצי"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.

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 נספחים מסויים/ים שבפוליסה ולא את הפוליסה במלואה.

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

***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.

שלחי את הטופס למחלקת שירות