

בקשה לביטול פוליסה

פרטי המבוטח				
מספר ת.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 לבטל את פוליסות הביטוח הבאות:

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

אני מבקש לבטל את הנספחים הבאים:\*\*

פרטי הפוליסה	פרטי הנספחים לביטול	תאריך כניסת הביטול לתוקף

\*\*יש למלא רק אם המבוטח מבקש 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](mailto:policy@we-sure.co.il).במילוי טופס באופן דיגיטלי:

אישור המבוטח/ת

בסימון התיבה הנך מאשר/ת את  
כל האמור בטופס זה.שליחה דיגיטלית תתאפשר רק אם הקובץ  
נפתח באמצעות תוכנת Acrobat Reader.