

בקשה לביטול פוליסה

תאריך: _____

סימוכין: 26917-4

לכבוד

סקורטס סוכנות לביטוח בע"מ

א. פרטי המבוטח/ בעל הפוליסה

ת.ז. / ח.פ. *	שם מלא / שם בית העסק: *
טלפון:	טלפון נייד:
רח' מס' ישוב	מיקוד
דוא"ל:	

* חובה למלא

ב. אני מבקש לבטל את פוליסות הביטוח הבאות:

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

ג. אני מבקש לבטל את הכיסויים הבאים: **

פרטי הפוליסה לביטול	פרטי הכיסוי לביטול	תאריך כניסת הביטול לתוקף

** יש למלא רק אם המבוטח מבקש לבטל כיסויים מסוימים שבפוליסה ולא את הפוליסה במלואה.

שם _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____