

המאגר הישראלי לביטוח רכב חובה ("הפול") בע"מ
רח' אצ"ל 1, תד. 160 ראשון לציון 7507 טל: 03-9424300 פקס: 03-9424390

בקשה לביטול פוליסה

פרטי המבוטח (בעל הפוליסה)

מספר ת.ז. / ח.פ. * : _____

שם מלא בעל הפוליסה* _____

מספר טלפון _____

מספר טלפון נייד * _____

רחוב _____ מספר בית _____ ת.ד. _____

יישוב _____ מיקוד _____

כתובת דואר אלקטרוני _____
*חובה למלא

אני מבקש לבטל את פוליסות הביטוח הבאות מיום : _____

מספר רכב	מספרי פוליסות לביטול

סיבת הביטול

מכירת רכב (יש לצרף טופס העברת בעלות)

גניבת רכב (יש לצרף אישור משטרה)

אובדן כללי (יש לצרף אישור שמאי)

פטירת הנהג ששמו נקוב כנהג יחיד

_____ סיבה אחרת

חתימה

שם מלא	מספר ת.ז. *	תאריך	חתימה

*במידה ובעל הפוליסה הינו ח.פ. יש לצרף חותמת החברה על גבי טופס הביטול.