

# המאגר הישראלי לביטוח רכב חובה ("הפול") בע"מ

רח' אצ"ל 1, ת.ד. 17160 ראשון לציון 75070 טל: 03-9424300 פקס: 03-

## 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.

להחזיר טופס חתום במייל [pool-bitul@pool.org.il](mailto:pool-bitul@pool.org.il)

או בפקס 03-9424390