



|                           |                              |
|---------------------------|------------------------------|
| שם בעל הרישיון / שם הסוכן | מספר בעל הרישיון/ מספר הסוכן |
| מרחב                      | שם המפקח                     |

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## בקשה לביטול פוליסה

טופס מספר **787**

| א. פרטי המבוטח   |              |          |             |            |                 |
|------------------|--------------|----------|-------------|------------|-----------------|
| מספר זהות / ח"פ* | שם משפחה*    | שם פרטי* | שם בית עסק* | מספר טלפון | מספר טלפון נייד |
|                  |              |          |             |            |                 |
| יישוב            | כתובת (רחוב) | מס' בית  | מיקוד       | ת"ד        | דואר אלקטרוני   |
|                  |              |          |             |            |                 |

\* חובה למלא שם משפחה ופרטי או שם בית עסק

## ב. פרטי הפוליסה/ות לביטול

אני מבקש לבטל את פוליסות הביטוח הבאות:

| מספר פוליסה | מספר רכב (אם רלוונטי) | תאריך כניסת הביטול לתוקף |
|-------------|-----------------------|--------------------------|
|             |                       |                          |
|             |                       |                          |
|             |                       |                          |
|             |                       |                          |
|             |                       |                          |
|             |                       |                          |
|             |                       |                          |
|             |                       |                          |
|             |                       |                          |
|             |                       |                          |

## ג. פרטי הנספחים לביטול (יש למלא רק אם המבוטח מבקש לבטל נספחים מסוימים שבפוליסה ולא את הפוליסה במלואה)

אני מבקש לבטל את הנספחים הבאים:

| פרטי הפוליסה | פרטי הנספחים לביטול | תאריך כניסת הביטול לתוקף |
|--------------|---------------------|--------------------------|
|              |                     |                          |
|              |                     |                          |
|              |                     |                          |
|              |                     |                          |
|              |                     |                          |

|       |                |           |   |
|-------|----------------|-----------|---|
| תאריך | שם פרטי ומשפחה | מספר זהות | חתימת המבוטח/<br>נציג של ילדים עד גיל 18★ |
|-------|----------------|-----------|---|

שדה זה חובה, פרט לטופס שמולא באופן מקוון בחשבון האישי

למילוי על ידי החברה בלבד

| פרטי הנציג - מרכז שירות לקוחות |            |            |            |
|--------------------------------|------------|------------|------------|
| שם הנציג                       | תאריך ושעה | מספר פנייה | מספר שלוחה |
|                                |            |            |            |



012490800101070617

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך 267 ביטול | 1131 הורדת כיסוי (אם קיימים נתונים בסעיף ג') עמוד **1** מתוך 1 דפים