



|                           |                              |
|---------------------------|------------------------------|
| 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 |
|                  |              |          |             |            |                 |
| ישוב             | 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/ 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 / הכוונה פנסיונית |            |            |            |
|--------------------------------------------------|------------|------------|------------|
| שם הנציג                                         | תאריך ושעה | מספר פנייה | מספר שלוחה |
|                                                  |            |            |            |



012497870101261119

מגדל חברה לביטוח בע"מ

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