הכשרה
חברה לביטוח בע"מ
יותר דיגיטלי, יותר משתלם

בקשה לביטול פוליסה לביטוח רכב חובה

לכבוד:
הכשרה חברה לביטוח בע"מ

אני החתום מטה בעל הפוליסה			
שם פרטי + שם משפחה:	שם החברה:		מספר תעודת זהות כולל ספרת ביקורת / ח.פ
כתובת: רחוב	מס' בית	עיר / ישוב	מיקוד
כתובת דוא"ל (שדה חובה)		טל' נייד של בעל הפוליסה (שדה חובה)	
מספר רישוי	מספר פוליסה	תאריך ביטול מבוקש (שדה חובה)	

מצהיר/ה בזאת כדלקמן: יש לסמן X באחת משתי האפשרויות:

☐ **במועד חתימתי על הצהרה זו הרכב <u>נמצא בבעלותי ו/או בחזקתי</u>**

המועד המבוקש לביטול תעודת החובה הוא מיום: _____

☐ **במועד חתימתי הרכב <u>אינו נמצא בבעלותי ו/או בחזקתי</u>**

ברשותי אישור לפיו הבעלות ברכב הועברה לאחד משלושת אלה:

טלפון נייד של המחזיק החדש ברכב (שדה חובה):												
							-		5	0		

א. ברשותי העתק <u>מתועד</u> מיום _____ הנמסר למחזיק הרכב (החדש) על ביטול הפוליסה? ☐ כן ☐ לא
(*הביטול יכנס לתוקף תוך 3 ימי עבודה מיום מסירת ההודעה למחזיק הרכב החדש)

ב. ברשותי <u>תיעוד והעתק תגובת המחזיק</u> ברכב (החדש) כי ברשותו פוליסה אחרת לאותו הרכב. ☐ כן ☐ לא
(*הביטול יכנס לתוקף במועד מתן הודעת הביטול)

ג. ברשותי אישור על פוליסת רכב חובה בחברה אחרת. ☐ כן ☐ לא
(*הביטול יכנס לתוקף במועד מתן ההודעת הביטול או הנפקת הפוליסה האחרת, המאוחר מבניהם)

הצהרתי על הנאמר בה היא אמת.

_____	_____	✗_____	_____
שם מלא	תאריך	חתימת בעל הפוליסה	שם סוכן הביטוח